

Universidade do Minho

Escola Superior de Enfermagem

Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro

Escola Superior de Enfermagem de Vila Real

Liliana Patrícia Martins da Rocha

Controlo e Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde numa Unidade de Cuidados Intensivos

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho realizado sob a orientação da

Professora Doutora Isabel Lage

e Coorientação da

Professora Fátima Braga

Outubro de 2015

DECLARAÇÃO

Nome: Liliana Patrícia Martins da Rocha

Endereço eletrónico: lilianapmrocha@hotmail.com

Telf.: 937659394

Número do Bilhete de Identidade: 12831402

Título do Relatório:

Controlo e Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde numa Unidade de Cuidados Intensivos

Orientadores:

Professora Doutora Isabel Lage

Professora Fátima Braga

Ano de conclusão: 2015

Designação do Mestrado: Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTES RELATÓRIOS APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, Outubro de 2015

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Às professoras Isabel Lage e Fátima Braga por todo o apoio, ajuda, atenção, aconselhamento, compreensão e orientação ao longo do desenvolvimento do presente relatório.

À Enfermeira Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos por toda a disponibilidade e ajuda ao longo deste percurso.

À Enfermeira Anabela, a minha orientadora de estágio, por todo o auxílio, a preocupação e as orientações no decorrer de todo o estágio.

A todos os profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Intensivos que me apoiaram e auxiliaram no decorrer do estágio.

Às minhas colegas de estágio por todo o apoio e auxílio.

Agradeço aos meus pais e ao meu irmão por toda a ajuda, preocupação, encorajamento e compreensão, pois sem eles todo este percurso não seria possível.

Ao Luís e ao Guilherme por todo o carinho, apoio, paciência, compreensão e incentivo, apesar do tempo familiar que foi retirado.

A todos aqueles que direta ou indiretamente me auxiliaram e contribuíram para a concretização deste projeto.

RESUMO

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infecção causada pelos cuidados prestados pelos profissionais de saúde aos doentes. Nos últimos anos, em Portugal, a infecção ao nível hospitalar tem aumentado consideravelmente, sendo mais prevalente nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). As IACS comprometem a qualidade dos cuidados de enfermagem e a segurança dos doentes, razão pela qual, a evidência recomenda que os profissionais de saúde devem utilizar medidas de proteção para a prevenção e controlo das IACS. Nesse sentido, realizou-se um relatório de estágio adotando a metodologia de projeto, a qual tem como objetivo a resolução ou a minimização de um problema real identificado, mediante a implementação de atividades e de estratégias. Recorreu-se à aplicação de um questionário de avaliação diagnóstica aos enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) (n=30), sobre medidas de prevenção e controlo de IACS. Os resultados do questionário sugerem que 30% dos enfermeiros “não” usam sempre luvas na prestação de cuidados ao doente ou contato com os seus pertences e 13,3% só “às vezes” as usam, de salientar também, que, 40% dos enfermeiros referem que “às vezes” tocam com as luvas, após o contacto com um doente no computador da unidade do doente. 13,3% dos enfermeiros referem que “não” lavam sempre as mãos após o contato com o ambiente envolvente ao doente e 13,3% “às vezes”, 23,3% dos enfermeiros consideram que só é necessário o uso de luvas no contato com a unidade do doente se este estiver infetado, 20% dos enfermeiros referem que só lavam as mãos antes de prestar cuidados aos doentes “às vezes” e 6,7% reportam que “não”. De realçar ainda que, 33,3% dos enfermeiros conhecem as medidas de proteção que devem usar na prestação de cuidados a um doente com gripe A. A partir dos resultados da avaliação diagnóstica foi realizada uma atividade formativa aos enfermeiros da UCIP, com o objetivo de colmatar lacunas de conhecimentos e de os sensibilizar para a necessidade de adopção de medidas de controlo e prevenção das IACS. Os resultados deste trabalho podem contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança dos doentes em geral, e, em particular, dos doentes internados numa UCI, nomeadamente no que diz respeito à prevenção e controlo de IACS.

Palavras-chave: Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, Unidade de Cuidados Intensivos, prevenção e controlo de infeção, metodologia de projeto, segurança e qualidade dos cuidados.

ABSTRACT

Health Care Associated Infection is an infection caused by the care provided to the patients by the health professionals. Over the last years, in Portugal, the infection acquired in hospitals has increased considerably, especially in the Intensive Care Units. The Health Care associated infections compromise the quality of nursing care and the safety of patients, reason which the evidence recommends that health professionals should use protective measures to prevent and control the Health Care associated infections. On that note, it was developed an intern report adopting the project methodology, which the objective is solving or minimizing the real identified problem due to the implementation of activities and strategies. In order to do so, the nurses of an ICU (n=30) were submitted to a questionnaire of diagnostics about preventing measures and Health Care associated infections control. The results of the questionnaire suggest that 30% of the nurses “don’t” always use gloves when providing care to the patients or dealing with their belongings and 13,3% state that only use gloves “sometimes”. 40% of the nurses refer that “sometimes” they touch the computer with the gloves after proving care to patients. The data suggests that 13,3% of the surveyed “do not always” wash their hands after being in contact with the patient and the same percentage only do it “sometimes”. 23,3% of the nurses only consider necessary the use of gloves when contacting with the patient’s unit if he is infected. 20% of the respondents refer that only “sometimes” wash their hands before providing health care to the patient and 6,7% state they “don’t”. The data suggests that 33,3% of the professionals are aware of the protection measures that should be used when dealing with an Influenzavirus A patient. With the results, it was made a formative activity to the ICU nurses with the objective of filling the missing knowledges and to getting them in touch of the necessity of adopting the control and prevention measures of the Health Care associated infections. The results of this work may contribute significantly to the improvement of the quality of the provided care and the safety of patients in general, and particularly of those admitted in an Intensive Care Unit, as regards to the prevention and control of Health Care associated infections.

Key words: Health Care Associated Infection, Intensive Care Unit, prevention and control of infection, work project methodology, safety and quality care.

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	17 -
2 - DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE À CARATERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	21 -
2.1 - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde	21 -
2.2 - Qualidade em Saúde e Segurança do Doente	33 -
2.3 - Unidade de Cuidados Intensivos.....	35 -
3 - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO	41 -
3.1 - Diagnóstico de situação	42 -
3.2 - Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço.....	47 -
3.3 - Execução do Projeto de Intervenção em Serviço	49 -
3.3.1 - Apresentação e Análise dos Dados	50 -
3.4 - Avaliação do Projeto de Intervenção em Serviço.....	83 -
3.5 - Divulgação do Projeto de Intervenção em Serviço:	87 -
4 - ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM	89 -
4.1 - Competências Comuns de Enfermeiro Especialista.....	89 -
4.2 - Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica	96 -
5 – CONCLUSÃO	101 -
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105 -
ANEXOS	111 -

LISTA DE ABREVIATURAS

3^a – Terceira

Dr.^a – Doutora

Enf.^a – Enfermeira

n.^o - Número

p. – Página

Prof.^a – Professora

LISTA DE SIGLAS

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CDC – Centers for Disease Control and Prevention (Centro de Controlo e Prevenção de Doenças)

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

DGS – Direção Geral de Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FMEA – Failure Mode and Effects Analysis (Análise de Modo e Efeitos de Falha)

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIS – Projeto de Intervenção em Serviço

PNCI – Programa Nacional de Controlo de Infecção

PNPCIACS – Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e das Resistências aos Antimicrobianos

PROCIV – Proteção Civil

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SABA - Solução Anti-séptica de Base Alcoólica

SENIC – Study of the Efficiency of Nosocomial Infection Control (Estudo da Eficácia do Controlo da Infecção Nosocomial)

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças)

TISS – Therapeutic Intervention Scoring System (Sistema de Pontuação da Intervenção Terapêutica)

UE – União Europeia

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1– Distribuição dos enfermeiros por género.....	- 50 -
Gráfico 2 – Distribuição dos enfermeiros por idade.....	- 51 -
Gráfico 3 – Distribuição dos enfermeiros por tempo de experiência profissional	- 51 -
Gráfico 4 – Distribuição dos enfermeiros por categoria profissional	- 52 -
Gráfico 5 - Distribuição dos enfermeiros por habilitações literárias	- 53 -
Gráfico 6 – Formação sobre medidas de prevenção e controlo de infeção hospitalar?	- 53 -
Gráfico 7 - <i>Qual foi a taxa global de prevalência de infeção hospitalar, no ano de 2012, em Portugal?</i>	- 54 -
Gráfico 8 - <i>Qual foi a taxa global de prevalência de infeção hospitalar, no ano de 2012, neste hospital?</i>	- 55 -
Gráfico 9 - <i>Em Portugal, estatisticamente, um em cada seis doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos pode vir a contrair uma infeção hospitalar?</i>	- 56 -
Gráfico 10 - <i>As infeções hospitalares mais frequentes em Portugal são as infeções das vias urinárias seguidas das infeções das vias respiratórias?</i>	- 57 -
Gráfico 11 - <i>Usa sempre luvas na prestação de cuidados ao doente ou contato com os seus pertences?</i>	- 58 -
Gráfico 12 - <i>É necessário o uso de luvas em todas as medicações que administra ao doente?</i>	- 59 -
Gráfico 13 - <i>É necessária a troca de luvas de doente para doente quando despeja os debitómetros de urina?</i>	- 60 -
Gráfico 14 - <i>Só é necessário o uso de luvas no contato com a unidade do doente se este estiver infetado?</i>	- 61 -
Gráfico 15 - <i>Substitui as luvas a cada procedimento no mesmo doente?</i>	- 62 -
Gráfico 16 - <i>Toca com as luvas, após o contato com um doente, no computador da unidade do doente?</i>	- 63 -
Gráfico 17 - <i>Quando executa os pensos a cateteres usa luvas esterilizadas?</i>	- 64 -
Gráfico 18 - <i>Lava sempre as mãos antes de prestar cuidados aos doentes?</i>	- 65 -
Gráfico 19 - <i>Lava sempre as mãos depois de prestar cuidados aos doentes?</i>	- 65 -
Gráfico 20 - <i>É necessário lavar as mãos depois de retirar as luvas?</i>	- 66 -

Gráfico 21 - <i>Lava as mãos após o risco de exposição a fluídos corporais?</i>	- 67 -
Gráfico 22 - <i>Lava sempre as mãos antes de procedimentos assépticos?</i>	- 67 -
Gráfico 23 - <i>Lava sempre as mãos após o contato com o ambiente envolvente do doente?</i>	- 68 -
Gráfico 24 - <i>Lava sempre as mãos antes da manipulação de medicamentos?</i>	- 69 -
Gráfico 25 - <i>Lava sempre as mãos de doente para doente, mesmo que tenha usado luvas?</i>	- 69 -
Gráfico 26 - <i>Só é considerado surto de Acinetobacter baumannii multi-resistente caso num mesmo período surjam três ou mais casos, segundo o protocolo do serviço?</i>	- 70 -
Gráfico 27 - <i>Caso surja um surto de Acinetobacter baumannii multi-resistente deve-se proceder à colheita de secreções, urina, exsudados locais de inserção de cateteres ou drenos, pele e mucosas e perineal de todos os doentes internados no serviço?</i>	- 71 -
Gráfico 28 - <i>A Staphylococcus aureus é adquirida principalmente no contato direto ou por via de equipamentos ou dispositivos médicos?</i>	- 72 -
Gráfico 29 - <i>A Staphylococcus aureus é uma bactéria presente na pele e mucosas de pessoas saudáveis?</i>	- 73 -
Gráfico 30 - <i>O Acinetobacter baumannii pode facilmente ser encontrado como colonizador da pele, da orofaringe e do trato digestivo em indivíduos saudáveis dentro do ambiente hospitalar?</i>	- 74 -
Gráfico 31 - <i>Os Enterococcus fazem parte da flora do trato gastrointestinal e também podem colonizar a mucosa oral, o sistema genito-urinário e a pele?</i>	- 75 -
Gráfico 32 - <i>A Escherichia coli é uma bactéria que vive habitualmente no intestino dos mamíferos?..</i>	- 76 -
Gráfico 33 - <i>A Pseudomonas aeruginosa é uma bactéria Gram-negativa que serve-se de reservatório de equipamentos e materiais hospitalares, como equipamentos de ventilação assistida ou fluídos de administração endovenosa?</i>	- 77 -
Gráfico 34 - <i>Na prestação de cuidados a um doente com Staphylococcus aureus resistente à meticilina selecione com um x as medidas de proteção que deve usar.</i>	- 78 -
Gráfico 35 - <i>Na prestação de cuidados a um doente com Acinetobacter baumannii selecione com um x as medidas de proteção que deve usar.</i>	- 79 -
Gráfico 36 - <i>Na prestação de cuidados a um doente com Pseudomonas aeruginosa selecione com um x as medidas de proteção que deve usar</i>	- 80 -
Gráfico 37 - <i>Na prestação de cuidados a um doente com Gripe A selecione com um x as medidas de proteção que deve usar.</i>	- 81 -

Gráfico 38 - *Quais são as estratégias que acha necessário implementar para diminuir o risco de transmissão cruzada de infecção, de modo a prevenir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde?*
.....- 82 -

1- INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho de projeto intitulado de *“Controlo e Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde numa Unidade de Cuidados Intensivos”* surgiu no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório Final que integra o Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, que decorreu na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Vila Real da Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro, no ano letivo de 2013/2014.

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde é, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2007a), *“ (...) uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade”* (p.4). De acordo com a DGS (2013 a), a Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) dificulta o tratamento adequado dos doentes, sendo uma das causas mais significativas de morbilidade e mortalidade, concomitantemente, acresce ainda o consumo elevado de recursos hospitalares e da comunidade. Os doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) têm um risco acrescido de adquirir uma Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Estatisticamente, um em cada quatro destes doentes pode vir a contrair uma Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Em 2012, segundo o Relatório da Prevalência de Infecção Adquirida no Hospital, a taxa global de prevalência de Infecção Hospitalar, em Portugal, foi de 10,6%. A prevalência de Infecção Hospitalar foi mais elevada nas Unidades de Cuidados Intensivos (24,5%). As infeções hospitalares mais frequentes são as infeções das vias respiratórias com 29,3%, seguidas da infeção das vias urinárias com 21,1%, posteriormente as infeções do local cirúrgico com 18% e por último as infeções da corrente sanguínea com 8,1%.

A Unidade de Cuidados Intensivos é uma unidade multidisciplinar e diferenciada que aborda a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis (DGS, 2003).

Na perspectiva de Polit & Beck (2004), os enfermeiros devem aperfeiçoar as suas competências ao longo da sua carreira, pois deles advém a responsabilidade de desenvolver os seus conhecimentos para uma prática de cuidados de qualidade. Devem também refletir e avaliar as suas intervenções, fundamentando-as com o conhecimento baseado na evidência.

O enfermeiro com competências profissionais de especialista possui *“conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção”* (OE, 2010a, p.2). O enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica presta cuidados qualificados à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco, tendo em conta as necessidades afetadas, permitindo a manutenção das funções vitais, prevenindo complicações com vista à sua recuperação total. Uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica é maximizar a sua intervenção na *“prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”* (OE, 2010b, p. 2).

O tema relacionado com a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde surgiu da realização do estágio numa Unidade de Cuidados Intensivos, com a duração de 400 horas, no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório Final. Durante o estágio constatou-se que as práticas dos enfermeiros, no que concerne a medidas de controlo e prevenção de infeção poderiam, eventualmente, comprometer a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes. Neste sentido, o objetivo do projeto levado a cabo através da implementação de um Projeto de Intervenção em Serviço (PIS) consistiu especificamente em sensibilizar os enfermeiros da UCIP para a necessidade de adoção de medidas de controlo e prevenção das IACS, particularmente no que reporta

aos doentes internados numa UCI. Este trabalho de projeto pretende contribuir para a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem nos doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Com a realização deste projeto pretendeu-se ainda atingir objetivos pessoais:

- Aprofundar conhecimentos no âmbito do controlo e minimização da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde;
- Desenvolver competências na metodologia de projeto;
- Refletir sobre as atividades e estratégias utilizadas;
- Refletir acerca das competências adquiridas enquanto futura enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente no campo do controlo e prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.

Este trabalho de projeto está organizado em seis capítulos. No primeiro capítulo, a “Introdução”, explicita-se a problemática, a justificação do projeto, a metodologia usada na consecução do mesmo, os objetivos e a estrutura do relatório. O segundo capítulo designado “Da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde à caracterização das Unidades de Cuidados de Saúde”, aborda conceitos chave como IACS, qualidade em saúde e segurança do doente, finalizando com a caracterização da unidade de cuidados intensivos e particularmente a UCI onde foi implementado o Projeto de Intervenção em Serviço (PIS). O terceiro capítulo reporta especificamente ao PIS. Nele pode ler-se o diagnóstico de situação, o planeamento do PIS, a sua execução, avaliação e divulgação dos resultados do mesmo. No quarto capítulo procede-se à análise das competências de enfermagem adquiridas, onde se descrevem também as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. O quinto capítulo diz respeito à Conclusão. Aqui são apresentadas as principais conclusões e sugerem-se algumas estratégias ou medidas tendentes a melhorar as práticas dos enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), no que reporta à prevenção e controlo das IACS. O sexto e último capítulo corresponde às Referências Bibliográficas. Da estrutura deste trabalho constam ainda os anexos.

A metodologia utilizada na realização deste projeto assentou fundamentalmente numa análise descritiva, crítica e reflexiva, usando como estratégia metodológica a revisão bibliográfica e a metodologia de projeto.

2 - DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE À CARATERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Neste capítulo apresenta-se a revisão de literatura sobre a problemática em estudo. As IACS, a qualidade em saúde, a segurança do doente e a unidade de cuidados intensivos constituem fundamentos teóricos e conceptuais imprescindíveis à compreensão desta problemática, razão pela qual são abordados neste capítulo.

2.1-Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

A história da infeção hospitalar está associada à história da medicina, à luta pela sobrevivência, à intenção de conhecer um mundo que se acreditava na altura ser comandado por forças poderosas e ocultas. A medicina praticada era arcaica com vista a agradar os deuses com ritos e sacrifícios. O conhecimento da medicina como ciência foi-se adquirindo através da experimentação e da observação. A incidência de infeção hospitalar era elevada devido às condições de higiene precárias, à ausência de saneamento básico e à elevada prevalência das epidemias na comunidade (Oliveira, 2005).

No ano de 1847, Ignaz Philipp Semmelweis, também conhecido como o “pai” do controlo da infeção, observou que quando os médicos acabavam de realizar uma autópsia e logo após iam examinar uma parturiente, esta desenvolvia febre puerperal (Bolander, 1998). Oliveira (2005), constatou, que após a implementação da lavagem das mãos com água clorada antes de observarem as parturientes, a taxa de mortalidade materna reduziu drasticamente de 18,3% em abril de 1847 para 2,9% no mesmo ano. Desde então, a prática da lavagem das mãos foi considerada o primeiro conceito de controlo de infeção (Bolander, 1998).

No campo da Enfermagem, em 1856, Florence Nightingale padronizou os procedimentos de cuidados de enfermagem realçando as questões de higiene e limpeza no hospital (Oliveira, 2005). Florence Nightingale foi a primeira enfermeira a considerar que um ambiente sujo de matérias orgânicas propiciava a infecção. Ao relacionar as más condições de higiene com as elevadas taxas de mortalidade dos feridos de guerra, melhorou as condições sanitárias do hospital. Florence é considerada a pioneira da enfermagem moderna ao desenvolver uma teoria centrada na assépsia de ambiente hospitalar segundo o livro “Notes of Nursing” (Tomey & Alligood, 2004).

Na perspetiva de Bolander (1998), Semmelweis e Nightingale deram ênfase à higiene pessoal e à higiene do ambiente e implementaram normas que deveriam ser seguidas por todos os profissionais de saúde no contato com o doente, contudo esta mensagem importante que deixaram foi-se perdendo anos mais tarde.

Oliveira em 2005 refere que James Simpson, no ano de 1860, verificou que a taxa de letalidade após uma amputação era maior no caso dos doentes internados, surge então o termo de “hospitalismo” que está associado aos acontecimentos adversos relacionados com a prestação de cuidados. A introdução do conceito de cirurgia asséptica surgiu com Joseph Lister que publicou diversos trabalhos sobre anti-sepsia e assepsia nos anos de 1876 e 1882, que contribuíram substancialmente na redução da incidência da infecção hospitalar.

Ainda de acordo com Oliveira (2005), em 1928, Alexander Fleming descobriu a penicilina surgindo assim a era dos antibióticos capazes de tratar infeções até então letais, a penicilina reduziu significativamente as infeções estreptocócicas nos doentes hospitalizados. Porém, em 1950, surgem os primeiros casos de *Staphylococcus* resistentes à penicilina, aumentou então a incidência de infeção hospitalar que levou a surtos de infeções e consequentemente a altas taxas de mortalidade. Após estes acontecimentos, em 1950 cria-se em Inglaterra a primeira Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar.

Face ao fenómeno da infeção associada aos cuidados de saúde, a American Hospital Association (1958) aconselha a vigilância epidemiológica de infeção hospitalar e a criação de Comissões de Controlo de Infeção em todos os hospitais.

Segundo Pollit & Beck (2005), impulsionado por um aumento do número de estudos produzidos na época, foi publicado em 1952 o primeiro jornal de investigação em enfermagem, o “Nursing Research Journal”. Os enfermeiros estudaram-se a si próprios na busca da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Nos anos 70 recorreu-se ao uso indiscriminado de antibióticos resistentes à penicilina e de largo espectro, o que levou ao aumento da resistência de estirpes de *Pseudomonas* e *Enterobacteriaceae*.

Após vários estudos sobre a infeção hospitalar, eis que em 1974, surge o SENIC (*Study of the Efficiency of Nosocomial Infection Control*), um estudo realizado a 81 hospitais americanos e que visa avaliar a efetividade dos programas de controlo de infeção. Segundo este os hospitais que já tinham implementado comissões de controlo de infeção conseguiram reduzir em 32% as infeções hospitalares. Face a estas evidências a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, em 1976, impõe como critério de licenciamento dos hospitais a existência de programas de controlo de infeção.

Os enfermeiros têm um papel fundamental nas infeções associadas aos cuidados de saúde. Bolander (1998), refere que um terço destas infeções podem ser evitadas através da utilização de medidas preventivas. O reconhecimento do papel do enfermeiro surge em 1980 com a integração deste na comissão de controlo de infeção, recomendada pelo CDC (Centers for Disease Control and Prevention), sendo este responsável pela vigilância epidemiológica de 250 camas.

Bastos em 2010, refere que em Portugal só em 1930 é que se começou a falar sobre comissão de controlo de infeção, com a criação de recomendações acerca do vestuário de proteção a usar e da higiene das mãos. No entanto, só em 1978 é que surge a primeira comissão de higiene

hospitalar em Portugal. Posteriormente, entre 1988 e 1998, é desenvolvido um projeto de controlo de infeção, pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), com a finalidade de desenvolver métodos para o estudo das infeções nosocomiais nos hospitais e usar o controlo de infeção como indicador de qualidade dos cuidados prestados. Através deste projeto surge em 1996, o despacho da Direção Geral de Saúde que implementou a constituição obrigatória de comissões de controlo de infeção em todos os hospitais públicos e privados.

Em 1999 é criado o Programa Nacional de Controlo de Infeção (PNCI) com a intenção de dar a conhecer a dimensão das infeções nosocomiais nas unidades de saúde e promover as medidas usadas para a prevenção da infeção (Neto, 2011).

No ano de 2007 é aprovado o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde reformulado, após período de discussão pública, e procedeu-se a uma reestruturação das comissões de controlo de infeção em todas as unidades de saúde.

Em 2013, é criado por Despacho do Ministério da Saúde, o Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e das Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA), que resulta da fusão do Programa Nacional de Controlo de Infeção e do Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos. Esta união surge pois o controlo da infeção e a prevenção de resistências aos antimicrobianos são as duas faces da mesma moeda, com estratégias comuns e/ou complementares (DGS, 2013b).

Como refere o Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (DGS, 2007a) já no passado,

(...) os hospitais eram considerados insalubres e restringiam-se à prestação de cuidados com uma abordagem mais humanitária do que propriamente científica. Com os trabalhos pioneiros de Semmelweis, Lister e Florence Nightingale, foram desenvolvidos os primeiros contornos da prevenção e controlo da infeção hospitalar, fundamentais ao pensamento moderno sobre a prestação de cuidados.(p. 5)

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde é, segundo a DGS (2007a), “ (...) *uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.*”(p.4) O conceito de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde é mais abrangente que a designação de Infecção Nosocomial, pois engloba todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde e assegura a comunicação entre as mesmas permitindo a identificação das infeções e deste modo reduz o risco de infeção cruzada. Como refere ainda a DGS (2009) a Infecção Associada aos Cuidados de Saúde é uma infeção que não estava presente ou em incubação na altura da admissão e engloba as infeções que se manifestam após a alta da unidade de cuidados.

Atualmente, as IACS são uma causa de significativa morbilidade e mortalidade em Portugal, que além de dificultarem o tratamento adequado do doente também acarretam custos acrescidos de recursos hospitalares e comunitários (DGS, 2013c). O recurso a procedimentos mais invasivos, a terapêutica antibiótica ou imunossupressora e os consequentes internamentos nas unidades de saúde aumentam a vulnerabilidade dos doentes à infeção (DGS, 2007a). Sabe-se que segundo estudos internacionais cerca de um terço das infeções associadas aos cuidados de saúde são evitáveis. A estratégia fundamental para a redução destas é a mobilização de mais profissionais especializados para o registo contínuo, a análise, a interpretação e a informação de retorno sobre as IACS, uma estruturada vigilância epidemiológica, a divulgação de padrões de qualidade de cuidados, tais como recomendações de boas práticas e a formação e informação dos profissionais de saúde. As IACS afetam não só a qualidade dos cuidados prestados, assim como a qualidade de vida dos doentes e a segurança não só dos doentes mas também dos profissionais de saúde.

Os doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos têm um risco acrescido de adquirir uma Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, como refere a DGS (2007a). Estatisticamente, um em cada quatro destes doentes pode vir a contrair uma Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.

Em 2012, segundo o Relatório da Prevalência de Infecção Adquirida no Hospital, a taxa global de prevalência de Infecção Hospitalar foi de 10,6%. Desta amostra, a percentagem de Infecção Hospitalar presente na admissão foi de 23,1%, destas 58,9% foram adquiridas no mesmo hospital 27,4% foram adquiridas noutro hospital e as restantes 13,6% não foi esclarecida a origem das mesmas. Apesar dos esforços das entidades e dos profissionais de saúde, tem-se verificado um aumento da taxa de Infecção Hospitalar (2003 – 8,7%; 2009 – 9,8%; 2012 – 10,6%). A taxa de prevalência de Infecção Hospitalar aumentou concomitantemente com o tempo de internamento (DGS, 2013a).

As Infecções Hospitalares mais frequentes são as infeções das vias respiratórias com 29,3%; seguida das infeções das vias urinárias com 21,1%; posteriormente as infeções do local cirúrgico com 18% e por último as infeções nosocomiais da corrente sanguínea com 8,1%.

A maioria das infeções associadas aos cuidados de saúde é causada por bactérias e vírus, mas também podem ser causadas por fungos e parasitas (DGS, 2009). A pele dos doentes e dos profissionais de saúde está coberta por microrganismos que fazem parte da sua flora normal. A roupa dos doentes, a roupa da cama, o mobiliário e outros objetos no ambiente que envolve o doente estão contaminados com esses mesmos microrganismos.

As IACS podem ser provocadas pelos microrganismos da flora normal da pele e mucosas do doente ou microrganismos transmitidos por outro doente e/ou o seu ambiente envolvente. As mãos dos profissionais de saúde são a principal fonte de transmissão de microrganismos da pele do doente para as mucosas ou zonas do corpo habitualmente estéreis e de outros doentes ou do meio envolvente.

A transmissão dos microrganismos é feita de três formas distintas: por contato, por via aérea e por transmissão por veículos comuns. A transmissão por contato pode ser direta, indireta ou por gotículas. Na direta como o próprio nome indica há um contato físico entre a fonte e o doente, como por exemplo o contato pessoa-pessoa. A transmissão por via indireta é aquela que ocorre através de um objeto inanimado, como por exemplo um estetoscópio que foi anteriormente con-

taminado por um doente. A transmissão por gotícula que se dá através do ar, quando a fonte e o doente estão próximos, sob a forma de espirros e tosse. A transmissão por via aérea é aquela em que a disseminação de microrganismos se dá pela suspensão no ar, sendo inalados por um hospedeiro dentro da mesma sala ou até a longa distância do doente fonte. Objetos inanimados contaminados, como por exemplo a alimentação, a água ou até mesmo os medicamentos, podem ser vetores para a transmissão de um agente microbiano aos doentes.

Como se pode verificar o risco de transmissão de infecção pode ocorrer em qualquer momento da prestação de cuidados ao doente. A presença de dispositivos invasivos, tais como cateter vesical, cateter intra-venoso, tubo endotraqueal, entre outros, aumenta o risco de transmissão de infecção.

A sobrelotação de doentes nas unidades, a impossibilidade de ter profissionais exclusivos para prestar cuidados aos doentes infetados, as transferências frequentes de doentes para outras unidades de cuidados e a acumulação de doentes imunocomprometidos em unidade específicas, como as unidades de cuidados intensivos, são algumas das condições que permitem o desenvolvimento de infeções.

Para o controlo de infeção existem precauções base que englobam todas as recomendações atualmente aceites nas unidades de saúde e que são utilizadas em todos os doentes, quer seja ou não conhecido algum estado infeccioso, e desta forma proteger os profissionais e os outros doentes de infeções. As precauções base para o controlo de infeção são a higiene das mãos, o uso racional de Equipamento de Proteção Individual, medidas de isolamento, controlo ambiental e prevenção dos acidentes por picada/corte. Os doentes sob suspeita ou com confirmação de infeção têm precauções especiais tendo em conta as vias de transmissão de infeção, que podem ser por via aérea, por gotícula e por contato.

O principal veículo de transmissão de microrganismos são as mãos dos profissionais de saúde, que podem transmitir de um doente para outro, de um local do corpo para outro no mesmo doente e de um meio contaminado para o doente. Segundo a DGS (2009), os enfermeiros e os

médicos lavam as mãos menos de metade das vezes que deveriam e no caso das unidades de prestação de cuidados a doentes críticos existe uma grave limitação do tempo e a carga de trabalho é mais elevada e como tal, a adesão é ainda mais reduzida por estas condicionantes. As estratégias para a higiene das mãos que vêm sendo adotadas como a formação dos profissionais, a adoção da solução anti-séptica de base alcoólica (SABA) como critério de referência, o uso de indicadores de desempenho e o grande empenho de todos os envolvidos, têm sido eficazes na redução das IACS.

A higiene das mãos pode ser feita de duas formas: através da fricção das mãos com SABA ou a lavagem das mãos com água e sabão. Segundo a DGS (2009), o modo mais eficaz para uma ótima higiene das mãos é o uso de SABA. Esta tem como vantagens imediatas a eliminação da maioria de microrganismos, a disponibilidade do produto próximo do local de prestação de cuidados, pouco tempo dispensado (20 a 30 segundos), tem boa tolerância cutânea e não necessita de infra-estruturas particulares, como lavatório, sabão e toalhetes de papel. Segundo as Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (OMS, 2006, citado por DGS, 2009), os profissionais de saúde devem idealmente realizar a higiene das mãos com SABA e esta deve estar à disposição dos profissionais de saúde próximo do local da prestação de cuidados e deve ser efetuada logo após a prestação de cuidados.

De acordo com o preconizado pela DGS (2010) as mãos devem ser lavadas com água e sabão quando estão visivelmente sujas ou contaminadas com produtos orgânicos, como os fluidos corporais, antes e após as refeições, após ir à casa de banho, à entrada e à saída do local de trabalho e na prestação de cuidados a doentes com *Clostridium difficile*.

Os profissionais de saúde devem higienizar as mãos nos cinco momentos de acordo com o estabelecido pela DGS (2009): antes do contato com o doente, antes de procedimentos assépticos, após risco de exposição a fluidos orgânicos, após contato com doente e após contato com o ambiente envolvente ao doente. A primeira indicação refere-se à higienização das mãos antes do contato com o doente, para evitar o risco de transmissão de microrganismos do ambiente de prestação de cuidados de saúde para o doente e o profissional não deve tocar em qualquer

superfície após a higiene das mãos. A higiene das mãos deve ser efetuada pelos profissionais de saúde imediatamente antes de realizar um procedimento asséptico, dado que existe o risco de transmissão de microrganismos para o doente por inoculação e deve ter em atenção que após a higiene das mãos só deve tocar em superfícies indispensáveis à realização da técnica, pois se tal não acontecer irá comprometer a assepsia. São exemplos de procedimentos assépticos a aspiração de secreções, a realização de pensos a feridas, a colocação ou a manipulação de acessos venosos e sistemas de drenagem. Depois da execução de qualquer procedimento que envolva o risco de exposição a um fluido orgânico o profissional deve higienizar de imediato as mãos pelo risco de transmissão de microrganismos do doente para o profissional de saúde e consequente disseminação para o ambiente de prestação de cuidados. Após ter estado em contato com o doente, o profissional deve também higienizar as mãos pelo risco de transmissão de microrganismos para o profissional de saúde e disseminação para o ambiente de prestação de cuidados. Por último, o profissional de saúde deve higienizar as mãos após o contato com o ambiente envolvente do doente pelo risco de transmissão de microrganismos tanto para o profissional de saúde assim como, para o ambiente de prestação de cuidados, proporcionando a sua disseminação. Como refere a DGS (2009), a eficácia da higiene das mãos por parte dos profissionais de saúde, está dependente do conhecimento, da compreensão e do reconhecimento destas cinco indicações.

Cada enfermeiro é responsável pela seleção do equipamento individual de proteção mais adequado tendo em conta o contato com o doente. Com o intuito de evitar a transmissão cruzada da infeção deve-se adequar os equipamentos individuais de proteção aos procedimentos a efetuar, cumprir as regras de colocação e de remoção dos mesmos (tais como a remoção dos mesmos logo após os procedimentos, não usar os mesmos equipamentos em doentes diferentes, a substituição dos mesmos em técnicas assépticas/limpas e sujas num mesmo doente), instruir os profissionais e educar os doentes e as visitas para a seleção dos equipamentos de proteção individual, a sua colocação e a sua remoção (DGS, 2007b).

É importante elucidar também, que o uso de luvas não altera as indicações para a higiene das mãos e não substitui a higiene das mãos. Quando existe indicação para a higienização das mãos e para uso de luvas o profissional deve retirar as luvas e higienizar as mãos (DGS, 2009).

Os enfermeiros devem usar luvas aquando de procedimentos invasivos, contato com locais estéreis, pele não íntata, membranas mucosas e em atividades em que haja risco de exposição a sangue, fluidos orgânicos, secreções e excreções. Os diferentes tipos de luvas devem ser usados consoante os procedimentos assépticos ou limpos. As luvas não concedem proteção total, a flora bacteriana que coloniza os doentes pode ser isolada nas mãos de 30% dos profissionais de saúde que usam luvas no contato com o doente.

As máscaras, os respiradores e os óculos de proteção estão aconselhados para procedimentos em que haja risco de produção de salpicos ou aerossóis, secreções ou excreções, sangue e outros fluidos corporais. Estes devem ser escolhidos consoante as patologias e o tipo de filtração necessária para essas patologias.

O uso de bata/avental por parte dos profissionais tem como objetivo proteger os profissionais e os doentes ao minimizar a contaminação do fardamento, vestuário ou pele. A bata deve ser limpa, não é necessário ser esterilizada, para a proteção da pele e impedir a contaminação da mesma e da roupa aquando de procedimentos que envolvem risco de salpicos ou aerossóis, sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções. Após os cuidados a bata deverá ser prontamente removida e de seguida deve higienizar as mãos.

A colocação e a remoção de EPI tem um papel fundamental na prevenção e controlo da transmissão da infeção e têm de obedecer a certas regras. Estas recomendações constam no Guia Orientador de Boas Práticas (Anexo I).

As Precauções Dependentes das Vias de Transmissão tem como objetivo orientar os profissionais de saúde na segurança da prestação de cuidados de enfermagem, tendo em conta a cadeia epidemiológica da infeção, as vias de transmissão e as patologias. De acordo com a DGS

(2007b), as Precauções Dependentes das Vias de Transmissão dividem-se, como mencionado anteriormente, em via aérea, gotículas e contato.

As precauções de transmissão pela via aérea usam-se em doentes com infeções suspeitas ou confirmadas por microrganismos transmitidos por núcleos de partículas com dimensão inferior a 5 micrómetros, que são transportadas pelo ar. Os núcleos originam-se da evaporação das gotículas que contêm microrganismos e que permanecem suspensas no ar e podem ser transportadas a longas distâncias por correntes de ar. A transmissão ocorre quando o doente projeta as partículas contendo microrganismos, estas conseguem percorrer distâncias maiores do que as gotículas, através das correntes de ar, podendo ser inaladas por hospedeiros suscetíveis, no mesmo quarto ou a grande distância da fonte. O isolamento do doente deve ser feito em quarto individual preferencialmente, com pressão negativa e a porta do quarto deve manter-se fechada. O isolamento do doente por via aérea usa-se em doenças como: Tuberculose pulmonar, laríngea ou brônquica; Varicela ou Sarampo; Herpes Zooster, disseminado ou herpes localizado em doentes imunodeprimidos e H1N1. Neste tipo de isolamento os profissionais devem adotar durante a prestação de cuidados as precauções básicas, tais como bata, touca e luvas e como medidas específicas o uso de máscara de alta eficiência com capacidade de filtragem de 95% das partículas, isto é “Respirador de partículas P2” ou “Respirador de partículas P3” no caso de *Mycobacterium tuberculosis* multirresistente.

As precauções de transmissão por gotículas destinam-se a doentes com infeção suspeita ou confirmada por microrganismos transmitidos por gotículas, que são partículas de dimensões superiores a 5 micrómetros e que podem ser produzidas pelo doente durante a tosse, o espirro, a fala e em determinados procedimentos de risco geradores de aerossóis, como a aspiração de secreções. Dado o seu peso, estas partículas só conseguem percorrer distâncias normalmente não superiores a 1 metro e a porta do quarto pode manter-se aberta, exceto na presença de pandemia de gripe, em que esta deve manter-se porta fechada. Estas medidas de precaução utilizam-se nos casos de infeções por: *Streptococcus* grupo A; Gripe (influenza); Meningite por *Haemophilus influenzae* e *Neisseria meningitidis*; Parotidite; Tosse convulsa (*B. pertussis*); Difteria faríngea; Rubéola; Pneumonia (*Mycoplasma*, *Adenovirus*). Neste tipo de isolamento os profis-

sionais devem adotar as precauções básicas na prestação de cuidados, tais como bata, touca e luvas e como medidas específicas usar máscara e proteção ocular ou máscara com viseira, para proteger as membranas mucosas dos olhos, nariz e boca durante procedimentos potencialmente geradores de salpicos de sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções. Deve-se usar também a máscara sempre que é necessário estar a menos de um metro do doente ou quando se executam procedimentos geradores de gotículas com maior risco de contaminação.

As precauções de transmissão por contato aplicam-se a doentes com suspeita ou confirmação de estarem infetados ou colonizados por microrganismos que podem ser transmitidos por contato direto com o doente, como contato pele-a-pele ou, através das mãos dos profissionais, ou por contato indireto, como por contato das mãos com as superfícies ou utensílios do ambiente do doente. Aconselha-se quarto individual e não são necessárias medidas especiais de tratamento do ar nem de ventilação. As precauções de contato são usadas no caso de infecções gastrointestinais, respiratórias ou cutâneas por bactérias multi-resistentes, tais como: *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus coagulase-negativo* resistentes à Meticilina; *Enterococcus* resistentes à Vancomicina, aminoglicosídeos ou betalactâmicos; Bacilos entéricos Gram-negativo resistentes às cefalosporinas de 3ª geração, aminoglicosídeos ou quinolonas (*Klebsiella*, *Serratia*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Providencia*, *Morganella* e *Citrobacter*); *Pseudomonas aeruginosa* resistente à Piperacilina, Ceftazidima, Carbapenemes ou Aminoglicosídeos; *Streptococcus pneumoniae* com níveis altos resistentes à Penicilina; *Clostridium difficile*. Considera-se também importante o uso destas precauções no caso de infecções entéricas, em doentes incontinentes, por *Escherichia coli* enterohemorrágica, por *Shigella*, vírus da hepatite A ou Rotavírus. Estas precauções de contacto devem ser também aplicadas em infecções cutâneas altamente contagiosas ou que podem ocorrer em pele seca, incluindo: abscessos ou drenagens de feridas, Difteria cutânea; vírus herpes simples (muco-cutâneo e neonatal); Impetigo; Pediculose e Escabiose; Furunculose estafilocócica em lactentes ou crianças pequenas; Herpes zooster disseminado ou em doentes imunodeprimidos; conjuntivite hemorrágica vírica; infecções hemorrágicas víricas (Ébola, Lassa, Marburgo, etc.). Neste tipo de isolamento os profissionais devem utilizar como medidas específicas luvas e bata e, em situações de risco potencial de produção de salpicos ou de “aerossóis”, de secreções ou excreções, de sangue e de outros fluidos corporais usar máscara. Neste tipo de isolamento

deve-se ainda ter em conta algumas recomendações no uso de luvas e na higiene mãos. As luvas devem ser calçadas à entrada do quarto e devem ser retiradas antes de sair do quarto e higienizar as mãos imediatamente após retirar luvas. Depois da higiene das mãos não se deve tocar em nenhum objeto ou superfície potencialmente contaminada. Deve-se ainda trocar de luvas após o contato com material infetante com grandes concentrações de microrganismos como material fecal ou drenado de feridas.

2.2 - Qualidade em Saúde e Segurança do Doente

Muitas têm sido as definições para o conceito de qualidade e o que pode ser considerado qualidade para uns pode não o ser para outros. Como refere Ferreira, (1991) *“a qualidade está nos olhos de cada um”* (p. 94) e apesar da veracidade deste, o certo é que a boa qualidade é geralmente reconhecida por todos.

A definição de qualidade nos cuidados de saúde mais amplamente aceite é a que foi definida pelo Institute of Medicine em 2001, em que o conceito de qualidade em saúde englobe seis dimensões: segurança (evitar que os doentes sejam lesados pelos cuidados prestados), efetividade (evitar o uso insuficiente ou o uso excessivo dos cuidados de saúde), centralidade no doente (implementar cuidados que respeitem e tenham em conta as necessidades e preferências da pessoa), oportunidade (intervir junto dos doentes na altura certa), eficiência (evitar o desperdício) e equidade (proporcionar uma qualidade invariável).

Segundo Lage e Sousa, (2013) deve-se mudar de paradigma quanto às questões de qualidade em saúde e segurança do doente, passando de uma lógica de mais despesa para uma visão de investimento, algo inovador em saúde que trará ganhos em saúde (maior efetividade e segurança), económicos (eficiência e oportunidade) e sociais (equidade e centrada no doente).

O conceito de qualidade e de segurança estão intimamente ligados, como menciona Fragata, (2010) não existirá qualidade sem segurança, a segurança do doente é um elemento indissociável da qualidade dos cuidados em saúde. Também a DGS (2014) sustenta que,

A segurança do doente, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu uma relevância particular nos últimos anos, tanto para os doentes e familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados de saúde, como para os gestores e profissionais que querem prestar cuidados seguros, efetivos e eficientes (sp.).

Segundo os estudos internacionais, cerca de 10% dos doentes que vão ao hospital irão sofrer algum evento adverso como consequência dos cuidados de saúde prestados. O uso de medicamentos, as IACS e as complicações peri operatórias são as causas mais frequentes destes eventos. Os estudos referem ainda que cerca de 50% destas complicações poderiam ter sido prevenidas.

As organizações científicas e internacionais recomendam a avaliação da cultura de segurança, de forma a modificar os comportamentos dos profissionais e de organizações prestadoras de cuidados de saúde com a finalidade de atingir melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados de saúde prestados aos doentes (DGS, 2011).

Portugal está a caminhar para uma cultura de segurança eficaz, mas para isso tem de implementar sistemas de gestão de risco e de melhoria da qualidade e da segurança dos doentes, e assim, mudar os comportamentos dos profissionais, promover o trabalho em equipa e envolver mais os doentes na tomada de decisões.

Atualmente a qualidade em saúde e a segurança do doente têm sido mais valorizadas. A prevalência da infeção hospitalar e o uso de antimicrobianos é muito superior à média da União Europeia. Mais de dois terços das bactérias que provocam as IACS são resistentes a um ou mais antibióticos usados no tratamento das mesmas. Por tudo isto, os profissionais de saúde, que são

os principais intervenientes nos cuidados, devem promover as boas práticas na prestação de cuidados (Sousa, Serranheira, Sousa-Uva, 2014).

A qualidade dos cuidados em saúde assume uma preocupação constante nas diversas áreas da saúde, no domínio específico do mandato social de cada profissão. Neste sentido a Ordem dos Enfermeiros (OE) tem como desígnio fundamental promover a defesa da qualidade dos cuidados prestados à população, contribuindo assim para a segurança nos cuidados de saúde (Leite, 2007).

A Ordem dos Enfermeiros definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem com o intuito de implementar sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional. Partindo deste pressuposto definiu os seguintes enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: i) satisfação do cliente, ii) promoção da saúde, iii) prevenção de complicações, iv) bem-estar e o autocuidado, v) readaptação funcional e v) organização dos cuidados de saúde. Os enfermeiros no desempenho das suas funções procuram os mais elevados níveis de satisfação dos clientes. A promoção da saúde constitui uma preocupação constante, como tal, ajudam os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde. Tendo em conta a prevenção de complicações os enfermeiros no exercício profissional despistam e previnem complicações, atendem ao bem-estar do cliente e complementam as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente. Promovem processos eficazes de adaptação funcional aos problemas de saúde que os clientes apresentam e contribuem para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem com vista à excelência no exercício profissional (OE, 2001).

2.3 - Unidades de Cuidados Intensivos

A Unidade de Cuidados Intensivos é uma unidade onde se providenciam cuidados especializados, é vocacionada para a investigação e tratamento dos doentes críticos ou doentes portadores de doenças graves potencialmente reversíveis.

De acordo com a DGS (2003), uma Unidade de Cuidados Intensivos é:

(...)uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis. A Medicina Intensiva é por natureza multidisciplinar e tem por objetivo primordial suportar e recuperar funções vitais, de molde a criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade (p.5).

A Unidade de Cuidados Intensivos define-se e reconhece-se em função de três critérios major: a prática, a avaliação e a investigação. A prática assenta num contínuo de ações e procedimentos de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, que são assegurados 24 horas por dia, tendo em conta as necessidades do doente. A natureza dos doentes admitidos, a taxa de sobrevida, a capacidade de recuperação das funções vitais, a disponibilidade e a capacidade para acorrer às necessidades decorre da missão atribuída a cada unidade de cuidados intensivos. É através da análise destas variáveis que se define os recursos necessários para cada unidade de cuidados intensivos, assim como a avaliação do respetivo desempenho. A investigação advém da monitorização contínua dos doentes, num contexto multidisciplinar de diagnóstico e avaliação de resultados, que permite compreender melhor a doença, adquirir mais experiência, organizar a memória da unidade e enriquecer saberes que permitem promover a qualificação dos desempenhos organizacionais (DGS, 2003).

Com a evolução da Medicina Intensiva pode-se constatar que esta é uma área multidisciplinar do saber médico, tanto pela forma como o doente é abordado, como pelo tipo de patologias que trata e pela interdisciplinaridade a que obriga. A disponibilidade em camas deve ser proporcional às necessidades de saúde da população que o hospital abrange, assim como o número e tipo de solicitações para cuidados intensivos, quer sejam de origem intra e extra hospitalar. As unidades de cuidados intensivos devem ser dotadas de recursos humanos qualificados e preparados para abordar as situações que lhes são confiadas, de acordo com a tecnologia que dispõem e durante 24 horas por dia. O equipamento disponível deve ser adequado à missão que lhes é confiada,

exigindo uma preparação adequada para rentabilizar, racionalizar e priorizar os enormes gastos determinados pelo tratamento dos doentes graves. A consciência global destes pressupostos obriga a uma gestão baseada em princípios de racionalidade e planificação. Portanto, é necessário conhecer os recursos existentes na unidade para avaliar a sua utilização e prever necessidades futuras.

A unidade de cuidados intensivos onde decorreu o presente projeto é uma unidade hospitalar da região norte do país, é uma unidade polivalente e multidisciplinar e que é direcionada a doentes adultos e crianças com mais de 16 anos de idade. Esta unidade é composta por 14 unidades de tratamento de nível III, atualmente tem 12 unidades ativas, 4 das quais são unidades que permitem o isolamento dos doentes. A unidade dispõe de meios próprios de diagnóstico, de monitorização invasiva e não invasiva e meios de suporte avançado das funções vitais de vários órgãos em falência. A unidade tem a configuração de um retângulo no qual as unidades individuais dos doentes estão dispostas na periferia e a área de trabalho dos profissionais está no centro. Cada unidade individual do doente tem cerca de vinte metros quadrados de área, separadas entre si por cortinas de modo a proporcionar a privacidade do doente. Em cada unidade individual existem dois dispensadores de SABA, luvas limpas e esterilizadas e batas impermeáveis. Os restantes equipamentos de proteção individual estão dispostos junto das duas zonas de lavagem das mãos no centro da unidade. As unidades de isolamento têm cerca do dobro da área das outras unidades e têm uma ante câmara onde estão os equipamentos de proteção individual, assim como uma zona de lavagem das mãos com sabão líquido e SABA e um caixote de lixo para que não haja possibilidade de transmissão de microrganismos para o exterior. A unidade dispõe ainda de quatro zonas de lavagem das mãos, sem contar com as zonas de lavagem exclusivas dos quartos de isolamento, duas dessas situadas nas duas entradas da unidade e outras duas dispostas no centro da unidade, perto das áreas de trabalho.

Esta unidade conta com a presença permanente de dois médicos, um dos quais, vulgarmente designado de Sênior, tem a especialidade de Medicina Intensiva ou que pelo menos dois anos de prática em Medicina Intensiva. Os doentes admitidos são provenientes do serviço de urgência, de outros serviços do hospital, do bloco operatório ou de outros hospitais da sua área de refe-

rência e são doentes em situação crítica do foro médico e cirúrgico exigindo vigilância e cuidados diferenciados. Os doentes são sujeitos a intervenções de diagnóstico e intervenções terapêuticas constantes e estão ligados a vários aparelhos como monitores, ventilador e máquinas perfusoras, o que torna o ambiente agressivo. Apesar de todos estes motivos a visita traz benefícios para o doente e para a família, pelo que a política da unidade é potencializar este contato, dando a preferência aos familiares diretos/pessoa significativa.

A equipa de enfermagem é constituída pela Enfermeira Chefe que tem a especialidade de enfermagem médico-cirúrgica, seis enfermeiros com a especialidade médico-cirúrgica, cinco com a especialidade de reabilitação e dezanove enfermeiros de cuidados gerais.

A equipa rege a sua prática pelos enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros definidos pela Ordem dos Enfermeiros. Os enfermeiros exercem as suas funções num regime de trabalho por turnos, o grupo está organizado por equipas de trabalho, em cada turno o enfermeiro responsável de turno que assume a liderança da equipa. Os cuidados de enfermagem são assegurados por um rácio máximo de um enfermeiro para dois doentes, ajustável consoante a gravidade do doente e com base na medição da carga de trabalho dada pelo TISS 28 (Therapeutic Intervention Scoring System 28).

A organização da prestação de cuidados é efetuada pelo método de Enfermeira de Referência, que é complementada pelo método de trabalho em equipa, São assegurados também, cuidados especializados de reabilitação prestados pela enfermeira que se dedica exclusivamente a esta área. A equipa tem ainda um elemento responsável pela formação em serviço e que em colaboração com a enfermeira chefe identifica necessidades de formação, planeia, dinamiza e avalia as atividades formativas em serviço. A equipa tem ainda um elemento responsável por cada uma das áreas relevantes para a organização e gestão da unidade, e são elas a gestão de risco, a comissão de controlo de infeção e a informática para apoio à prática de enfermagem.

Neste capítulo, efetuou-se uma breve caracterização da UCIP e abordou-se as IACS podendo constatar-se que estas têm aumentado consideravelmente, em Portugal nos últimos anos. Nas UCI, um em cada quatro doentes pode vir a contrair uma IACS. As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde tal como o próprio nome indica, são infeções causadas pelos cuidados prestados pelos profissionais de saúde aos doentes. Os enfermeiros detêm um papel preponderante na prevenção da transmissão de infeções. As IACS comprometem a qualidade dos cuidados de enfermagem e a segurança do doente, daí a importância da temática em estudo.

3 - PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO (PIS)

A metodologia de projeto assenta numa investigação focada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficientes para a resolução do mesmo (Ruivo, & Ferrito, 2010).

Esta metodologia de projeto tem como principal objetivo a resolução de problemas e, desta forma, permitir a aquisição de conhecimentos e competências na elaboração de projetos da vida real. Esta estratégia metodológica estabelece uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que se baseia no conhecimento teórico que *à posteriori* irá ser aplicado na prática.

De acordo com Leite & Santos (2004), não há uma separação entre o saber e o saber fazer. Há sim, um processo iterativo no qual a teoria emerge da prática que leva à assimilação de novos conhecimentos e experiências. As autoras afirmam ainda que *“Pela prática se humaniza, se socializa o saber, a teoria ajuda a ultrapassar o empirismo, estrutura e aprofunda esse saber”* (p.1).

Ao pensar na metodologia de projeto pode-se também constatar que a nível nacional existem programas e projetos com vista à prevenção dos principais problemas que afetam a nossa sociedade, como por exemplo o já referenciado Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (Ruivo, & Ferrito; 2010).

Esta metodologia de projeto é constituída pelas seguintes etapas: diagnóstico de situação, planeamento, execução, avaliação e por último a divulgação dos resultados.

3.1 - Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação é a primeira fase da metodologia de projeto e visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre o problema identificado, sobre o qual se pretende atuar e modificar (Ruivo, & Ferrito, 2010). Quando se pretende implementar um trabalho de projeto é preciso inicialmente elaborar uma análise das necessidades da população alvo, para posteriormente definir as estratégias e ações a implementar, de forma a incentivar o trabalho da equipa multidisciplinar e promovendo assim a motivação, a competência e a autonomia da população.

Definição do problema

No âmbito do estágio que decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos foi identificado um problema para o qual se desenvolveu este projeto de intervenção em serviço. Constatou-se que o uso de equipamento de proteção individual e a adoção de medidas de prevenção de transmissão de infeção adotadas pelos enfermeiros na prática de cuidados nem sempre eram os mais adequados perante a situação específica do doente. Este problema surgiu da observação das práticas de enfermagem e também através do diálogo com a Enfermeira Chefe, com a Enfermeira Responsável pelo Controlo de Infeção e alguns enfermeiros da equipa sobre a pertinência do problema.

O controlo da infeção é uma área fundamental para a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e para a segurança do doente torna-se pois pertinente analisar e refletir as práticas dos enfermeiros relativamente à temática em estudo, nomeadamente no que reporta à utilização de equipamentos de proteção individual nos doentes em isolamento e na adoção de medidas de prevenção da transmissão de infeção.

O enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica tem como competência maximizar a sua intervenção na *“prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”* (OE, 2010b, p. 2). Face ao exposto, reveste-se da maior importância

abordar esta temática para o desenvolvimento de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica e também, para sensibilizar a equipa de enfermagem da UCIP para a necessidade de adotar as medidas preconizadas na prevenção de complicações resultantes das IACS.

Causas prováveis para o problema

Segundo a DGS (2009), os enfermeiros e os médicos lavam as mãos menos de metade das vezes que deveriam, e no caso das unidades de cuidados intensivos existe uma grave limitação do tempo e a carga de trabalho é mais elevada, e como tal, a adesão é ainda mais reduzida por estas condicionantes. De igual modo o uso racional de EPI é condicionado pelo limite de tempo e enorme carga de trabalho dos enfermeiros da UCI.

Embora a unidade disponha de condições necessárias dado existirem lavatórios em número suficiente, dispensadores de SABA, luvas, batas, entre outros, verificou-se que nem sempre utilizavam o EPI mais adequado à situação clínica do doente.

Necessidade identificada

Face à situação concreta, a necessidade identificada neste projeto de intervenção em serviço surgiu após diálogo informal com a Enf.^a Chefe da UCIP, a Enf.^a Responsável pelo Controlo de Infecção, a Prof.^a Orientadora e a Prof.^a Coorientadora. A principal necessidade de intervenção identificada é a realização de atividade formativa aos enfermeiros da UCIP sobre o uso assertivo de EPI e a adoção de medidas de prevenção na transmissão de infeção.

Determinação de prioridades

Após a formulação do problema identificado neste projeto de intervenção em serviço procedeu-se à definição das principais prioridades:

- Aprofundar conhecimentos sobre a problemática em estudo;

- Elaborar questionário de avaliação diagnóstica;
- Realizar ação formativa aos enfermeiros da UCIP;
- Elaborar um Guia Orientador de Boas Práticas relativo à Adoção de Medidas de Prevenção na Transmissão de Infecção e Uso Racional de Equipamentos de Proteção Individual.

Objetivo

- Sensibilizar os enfermeiros da UCIP para a necessidade de adoção de medidas de controlo e prevenção das IACS, particularmente no que reporta aos doentes internados numa UCI

Objetivos específicos

- ✓ Desenvolver um questionário de avaliação diagnóstica sobre conhecimentos e medidas utilizadas pelos enfermeiros nos cuidados aos doentes em isolamento internados numa UCI e na utilização de medidas de prevenção na transmissão de infeção.
- ✓ Avaliar os resultados do questionário de avaliação diagnóstica realizado aos enfermeiros da UCIP.
- ✓ Realizar uma atividade formativa aos enfermeiros da UCIP em função dos resultados obtidos através do questionário.
- ✓ Realizar a avaliação da atividade formativa efetuada aos enfermeiros da UCIP.

Para além dos objetivos, este PIS tem ainda como finalidade contribuir para promover a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem em geral e dos doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos em particular.

Instrumento de diagnóstico de situação

Os instrumentos mais utilizados para a elaboração do diagnóstico de situação na prática clínica são: a entrevista, o questionário, a análise SWOT, a cadeia de valores, a FMEA e a Stream Analy-

sis. Para o uso destes métodos está subentendida a observação do contexto e das pessoas, de todos os intervenientes e atividades para a sua correta e fiável utilização (Ruivo, & Ferrito, 2010).

O questionário é, de acordo com Fortin (1999), o instrumento de avaliação diagnóstica mais utilizado, tendo como objetivo recolher informação fatural sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões.

Os dados foram colhidos através de um questionário (Anexo II) aplicado a todos os Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Dos trinta e um enfermeiros da UCIP, responderam trinta, dado que um dos elementos da equipa esteve ausente durante algum tempo.

O questionário é composto por trinta e oito perguntas, sendo que cinco dessas questões são de caracterização socioprofissional dos inquiridos, trinta e duas são questões de resposta rápida sobre o tema em estudo, e uma pergunta aberta versa sobre as estratégias necessárias para implementar e diminuir o risco de transmissão cruzada de infeção. Estima-se um tempo de resposta de 8 minutos. Os questionários foram administrados de forma anónima e os dados resultantes foram tratados apenas para fins académicos.

De salientar que antes da aplicação do questionário se efetuou um pré-teste a cinco enfermeiros do mesmo hospital com experiência na área, mas que não pertenciam a esta equipa, no sentido de perceber se as questões formuladas seriam percutíveis e estavam devidamente formuladas. Surgiu uma dúvida por parte de um dos enfermeiros quando se fazia referência à lavagem das mãos, ou seja, se esta se refere tanto à lavagem com água e sabão e também à fricção anti-séptica das mãos. No momento em que surge essa dúvida os questionários já estavam impressos, pelo que se decidiu aquando da entrega dos questionários aos enfermeiros mencionar aos mesmos essa inconsistência. Foi então solicitado para considerarem o termo lavagem das mãos como englobando a lavagem com água e sabão e/ou à fricção anti-séptica das mãos.

Considerações éticas e deontológicas

Para a realização deste projeto procedeu-se ao pedido de autorização à Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde, da Universidade do Minho e à Comissão de Ética do Hospital. Após parecer favorável da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde, da Universidade do Minho (Anexo III) e da Comissão de Ética do Hospital (Anexo IV) procedeu-se ainda ao pedido de autorização para a realização do projeto ao Director Clínico da UCIP (Anexo V) e à Enf.^a Chefe da UCIP (Anexo VI).

Com a realização do presente PIS garantiu-se o cumprimento dos aspetos éticos e deontológicos inerentes ao mesmo. As informações recolhidas no questionário foram estritamente usadas para fins académicos. Foi preservado o anonimato e a confidencialidade de qualquer dado recolhido no questionário. Assumiu-se o compromisso de comunicar os resultados obtidos aos enfermeiros da UCIP.

Aos inquiridos foi-lhes comunicado que poderiam abandonar o estudo em qualquer momento do mesmo, que a sua participação era voluntária e tinham a liberdade de recusar ou de abandonar a qualquer momento a participação sem que isso lhe trouxesse qualquer inconveniente quer seja a nível pessoal, quer seja a nível profissional.

O Consentimento Informado, Livre e Esclarecido é o documento que comprova a autorização por parte do inquirido na realização da investigação. É um documento que é elaborado em duplicado, um para o inquirido que dá o seu consentimento para a participação na investigação e outro para o investigador. O Consentimento Informado, Livre e Esclarecido utilizado neste PIS encontra-se no Anexo VII para consulta.

3.2 - Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço

Nesta fase de planeamento do projeto foi efetuado um plano detalhado do projeto, no qual definiu-se para cada objetivo específico as atividades e estratégias a desenvolver, assim como os diversos recursos (humanos e materiais) a utilizar, a calendarização das atividades e a previsão de constrangimentos e a forma de os ultrapassar (Ruivo, & Ferrito, 2010).

Os recursos materiais que integraram o planeamento, a execução e a avaliação constaram de computador, internet, normas e protocolos da UCIP, dados CCI, livros e outro material de apoio didático.

Relativamente aos recursos humanos essenciais à elaboração do PIS recorreu-se ao apoio da Prof.^a Orientadora e Prof.^a Coorientadora, bem como da Enf.^a Chefe e de outras pessoas imprescindíveis à prossecução do projeto.

Objetivos específicos:

1 - Desenvolver um questionário de avaliação diagnóstica sobre conhecimentos e medidas utilizadas pelos enfermeiros nos cuidados aos doentes em isolamento internados numa UCIP e na utilização de medidas de prevenção na transmissão de infeção.

Atividades/estratégias a desenvolver:

- Consultar o Relatório de Prevalência de Infeção no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses do ano 2012;
- Consultar os dados da Comissão de Controlo de Infeção no ano de 2012;
- Consultar o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos;
- Consultar o Manual para os Observadores da DGS;
- Consultar as normas e protocolos da Unidade de Cuidados Intensivos;
- Efetuar pesquisa bibliográfica sobre EPI;
- Efetuar pesquisa bibliográfica sobre higienização das mãos;

- Solicitar colaboração à Enf.^a Chefe para a realização de pré-teste do questionário.

Indicadores de Avaliação: Questionário de Avaliação Diagnóstica

2 - Avaliar os resultados do questionário de avaliação diagnóstica realizado aos enfermeiros da UCIP.

Atividades/estratégias a desenvolver:

- Codificar os questionários;
- Introduzir os dados dos questionários numa base dados;
- Refletir acerca dos dados obtidos.

Indicadores de Avaliação: Resultados dos Questionários de Avaliação Diagnóstica

3 - Realizar uma atividade formativa aos enfermeiros da UCIP em função dos resultados obtidos através do questionário.

Atividades/estratégias a desenvolver:

- Analisar os dados obtidos nos questionários;
- Pesquisar bibliografia sobre o uso racional EPI;
- Pesquisar bibliografia sobre as medidas de controlo e prevenção na transmissão de infeção;
- Consultar as normas e protocolos da UCIP;
- Consultar os dados da Comissão de Controlo de Infeção no ano de 2012;
- Organizar atividade formativa;
- Efetuar atividade formativa.

Indicadores de Avaliação: PowerPoint da Atividade Formativa

4 - Realizar a avaliação da atividade formativa efetuada aos enfermeiros da UCIP.

Atividades/estratégias a desenvolver:

- Aplicar o questionário de avaliação da formação adotado no Hospital;
- Inserir os dados dos questionários de avaliação da formação numa base de dados;
- Analisar os dados obtidos nos questionários de avaliação de formação;

Indicadores de Avaliação: Resultados dos Questionários de Avaliação da Atividade Formativa

Previsão de constrangimentos e forma de os ultrapassar

Ao longo do desenvolvimento deste projeto de intervenção em serviço foram equacionados alguns constrangimentos, que podiam colocar em causa a sua realização. Deste modo considerou-se importante encontrar forma de os ultrapassar. Os eventuais constrangimentos consistiram em:

- Demora na resposta aos pedidos de autorização à Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho e à Comissão de Ética para a Saúde do Hospital onde se realizou o PIS. Para ultrapassar este constrangimento reuniu-se toda a documentação necessária para os pedidos de autorização e procedeu-se à formalização dos mesmos;
- Baixa adesão dos enfermeiros da UCIP à aplicação dos questionários. No sentido de obviar esta dificuldade/constrangimento dialogou-se com cada enfermeiro da UCIP para obter o seu consentimento livre e esclarecido acerca da pertinência do tema abordado, assim como, sensibilizá-lo para importância do tema em estudo e a sua participação no projeto;
- Pouca adesão dos enfermeiros da unidade de cuidados intensivos à atividade formativa. Para colmatar este constrangimento planeou-se atempadamente a atividade formativa, realizando-a no mesmo dia e hora que outra colega de estágio realizava também, uma atividade formativa cuja temática era complementar e estabeleceu-se trinta minutos para a realização da mesma.

Cronograma

O cronograma de atividades delineado para o presente projeto encontra-se no Anexo VIII para consulta.

3.3 - Execução do Projeto de Intervenção em Serviço

A etapa da execução do PIS é a etapa onde se materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado anteriormente na fase de planeamento (Ruivo, & Ferrito, 2010). Na fase de execução foram analisados os resultados obtidos com o instrumento de avaliação diagnóstica aplicado aos enfermeiros da UCIP. Tendo por base os resultados obtidos procedeu-se à elabora-

ção de uma atividade formativa com o objetivo de colmatar as principais dúvidas identificadas. A atividade formativa apresentada consta do Anexo IX.

Tal como já foi referido, a equipa de enfermeiros da UCIP é constituída por trinta e um enfermeiros, dos quais trinta responderam ao questionário (um enfermeiro esteve ausente do serviço por atestado e por esse motivo não foi possível a aplicação do questionário).

3.3.1 –Apresentação e Análise dos dados

Para uma compreensão mais fácil dos dados obtidos com o instrumento de avaliação diagnóstica optou-se por apresentar um gráfico para cada questão seguido de análise posterior. Inicialmente procedeu-se à caracterização sócio-profissional dos enfermeiros da UCIP e posteriormente as respostas ao questionário sobre a temática em estudo.

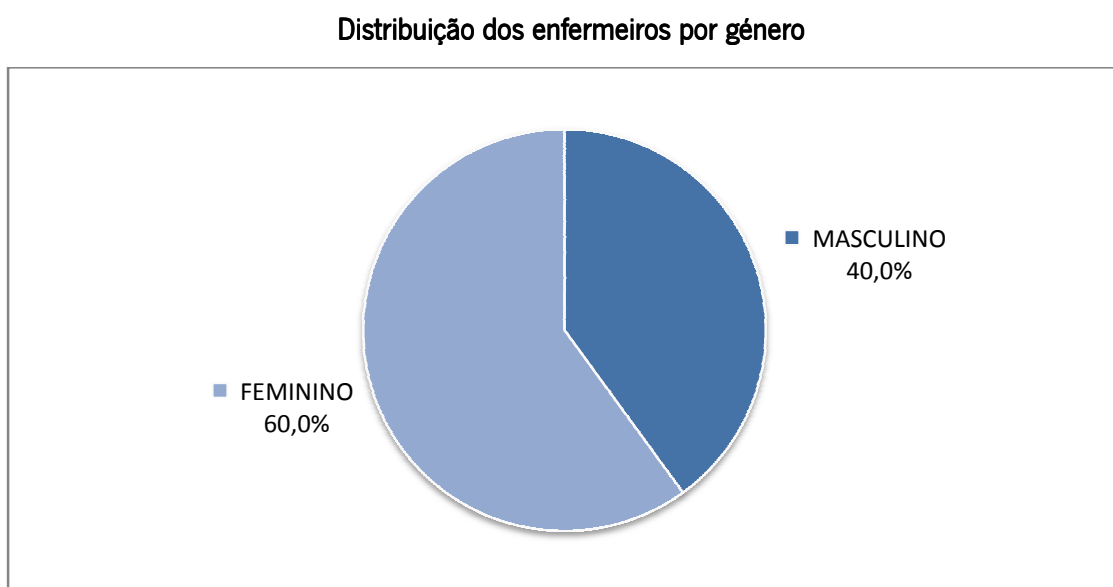


Gráfico 1– Distribuição dos enfermeiros por género

A equipa de enfermeiros da UCIP é constituída por 18 enfermeiros do sexo feminino (60,0%) e 12 enfermeiros do sexo masculino (40,0%).

Distribuição dos enfermeiros por idade

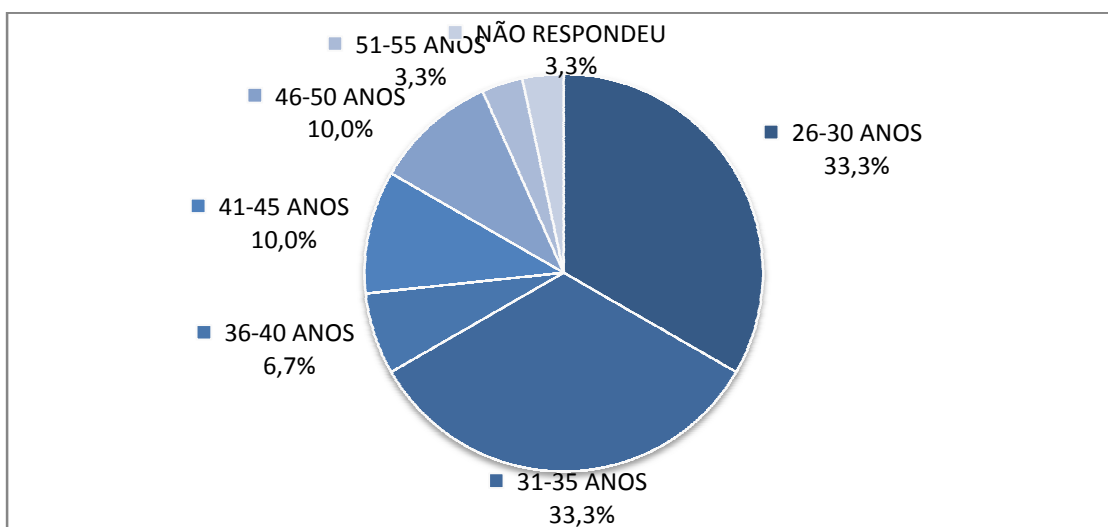


Gráfico 2 – Distribuição dos enfermeiros por idade

Os enfermeiros da UCIP têm maioritariamente 26 a 30 anos ($n=10$) e 31 a 35 anos ($n=10$), 2 enfermeiros têm entre 36 a 40 anos (6,7%), 3 enfermeiros têm entre 41 a 45 anos (10,0%), 3 enfermeiros têm entre 46 a 50 anos (10,0%), 1 enfermeiro tem 51 a 55 anos (3,3%) e um enfermeiro não respondeu a esta questão (3,3%). Pode-se então constatar que dois terços da equipa de enfermeiros da unidade de cuidados intensivos têm idades compreendidas entre os 26 e os 35 anos.

Distribuição dos enfermeiros por tempo de experiência profissional

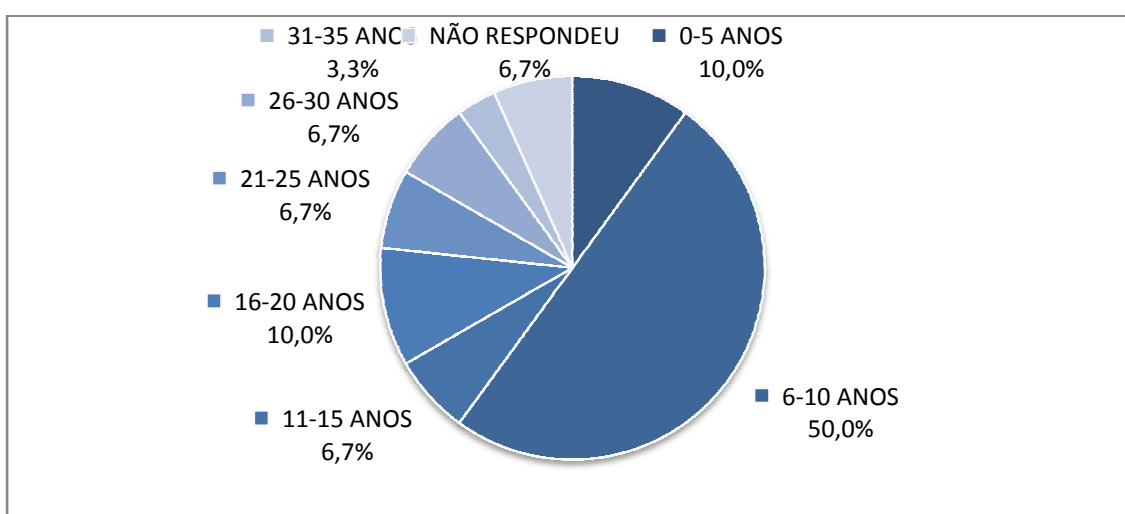


Gráfico 3 – Distribuição dos enfermeiros por tempo de experiência profissional

Pelos dados do gráfico verificou-se que metade dos enfermeiros (n=15) têm entre 6 a 10 anos de experiência profissional. Observou-se também que 10,0% (n=3) dos enfermeiros têm até 5 anos de experiência profissional, 10,0% (n=3) dos enfermeiros têm 16 a 20 anos de experiência profissional, 6,7% (n=2) dos enfermeiros têm 11 a 15 anos de experiência profissional, 6,7% (n=2) dos enfermeiros têm 21 a 25 anos de experiência profissional, 6,7% (n=2) dos enfermeiros têm 26 a 30 anos de experiência profissional, 3,3% (n=1) dos enfermeiros têm 31 a 35 anos de experiência profissional e 6,7% (n=2) não responderam.

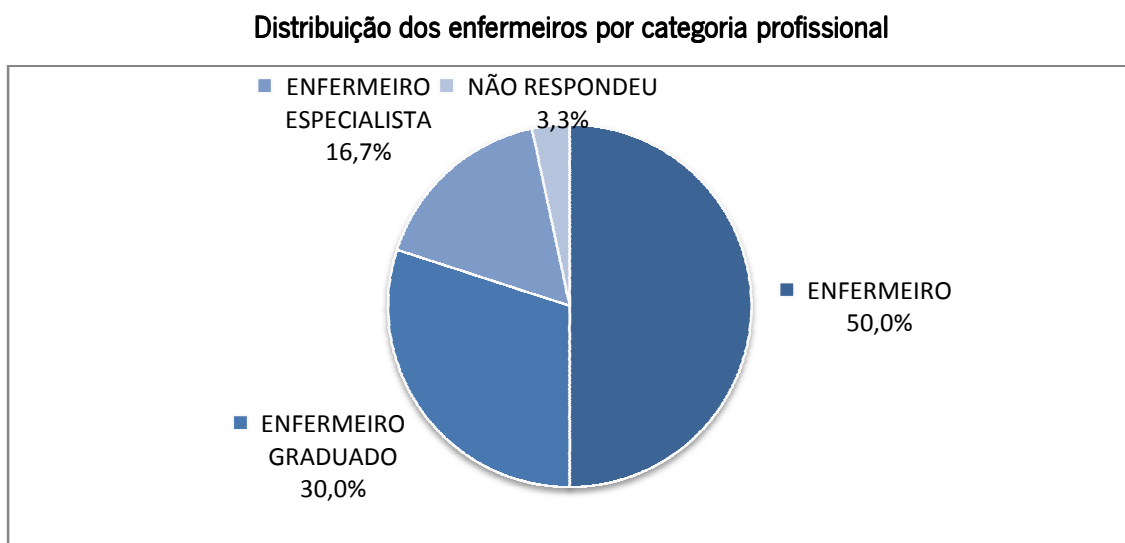


Gráfico 4 – Distribuição dos enfermeiros por categoria profissional

Relativamente à constituição da equipa de enfermeiros da UCIP, por categoria profissional 50,0% (n=15) dos enfermeiros, 30,0% (n=9) dos enfermeiros graduados, 16,7% (n=5) dos enfermeiros especialistas e 3,3% (n=1) dos enfermeiros não responderam.

Distribuição dos enfermeiros por habilitações literárias

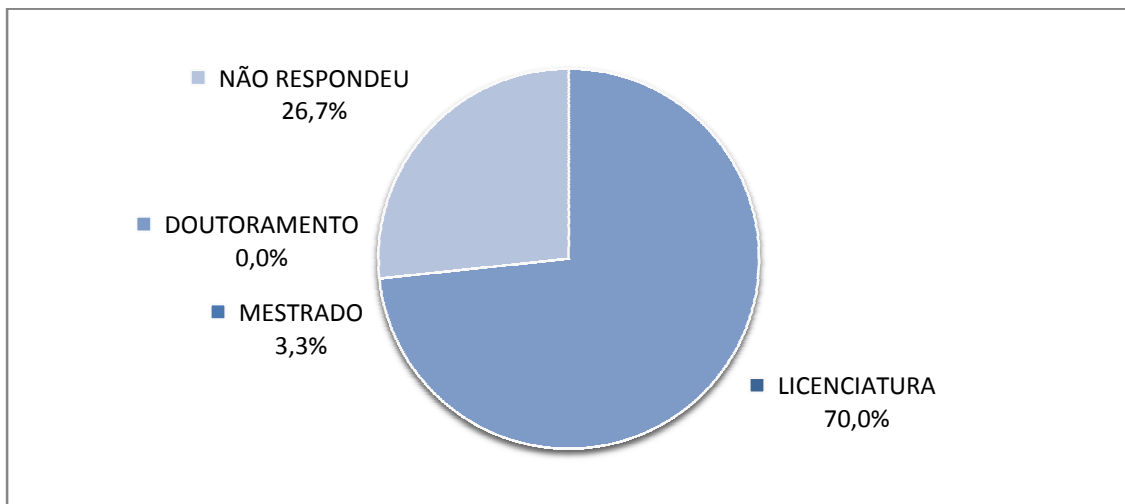


Gráfico 5 - Distribuição dos enfermeiros por habilitações literárias

Quanto às habilitações literárias da equipa constatou-se que 70,0% (n=21) dos enfermeiros têm licenciatura, 3,3% (n=1) dos enfermeiros têm mestrado e 26,7% (n=8) não responderam.

Quando foi a última formação que teve acerca de medidas de prevenção e controlo de infeção hospitalar?

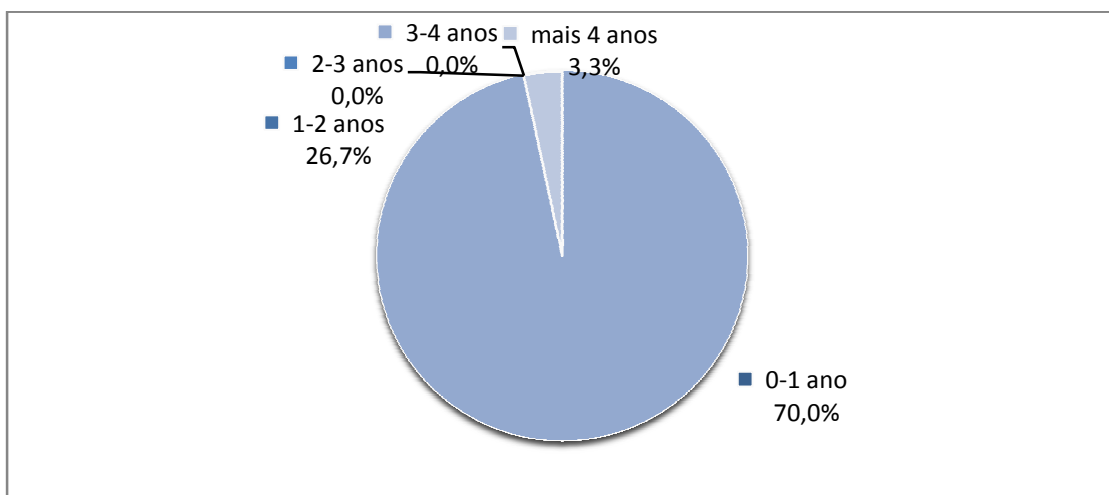


Gráfico 6 – *Quando foi a última formação que teve acerca de medidas de prevenção e controlo de infeção hospitalar?*

No que reporta à formação em prevenção e controlo de infeção hospitalar verificou-se que 70,0% (n=21) dos enfermeiros referem ter tido formação há menos de um ano; 26,7% (n=8) dos

enfermeiros referem ter tido formação há cerca de 1 - 2 anos e 3,3% (n=1) dos enfermeiros referem que teve formação na área há mais de 4 anos.

Qual foi a taxa global de prevalência de infeção hospitalar, no ano de 2012, em Portugal?

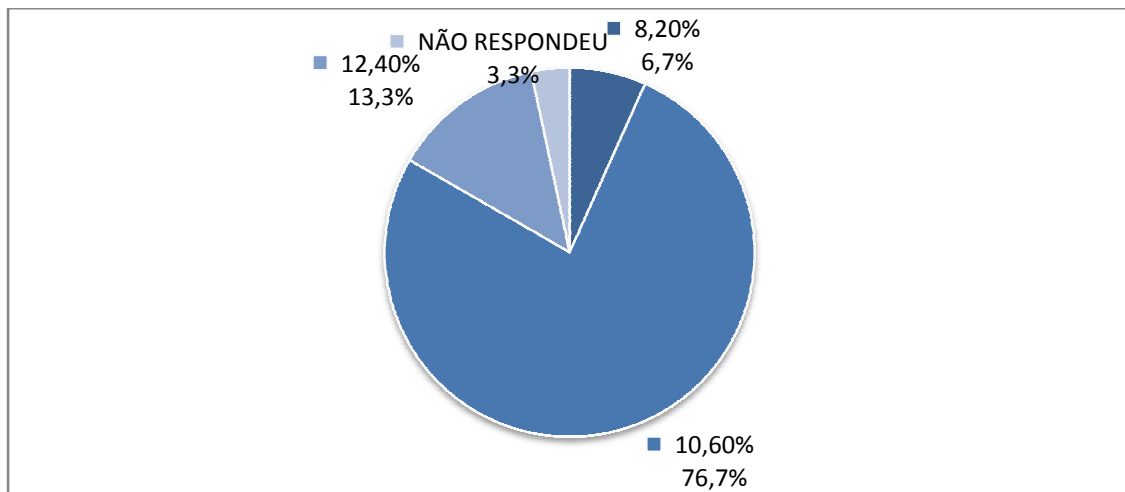


Gráfico 7 – *Qual foi a taxa global de prevalência de infeção hospitalar, no ano de 2012, em Portugal?*

Quanto à questão “*Qual foi a taxa global de prevalência de infeção hospitalar, no ano de 2012, em Portugal?*” 76,7% (n=23) dos enfermeiros referem que foi de 10,6%; 13,3% (n=4) dos enfermeiros referem que foi de 12,4%; 6,7% (n=2) dos enfermeiros referem que foi de 8,2% e 3,3% (n=1) dos enfermeiros não respondeu. A taxa global de prevalência de infeção hospitalar, em Portugal, no ano de 2012, segundo o Relatório da Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital foi de 10,6% (DGS, 2013a).

Qual foi a taxa global de prevalência de infecção hospitalar, no ano de 2012, neste hospital?

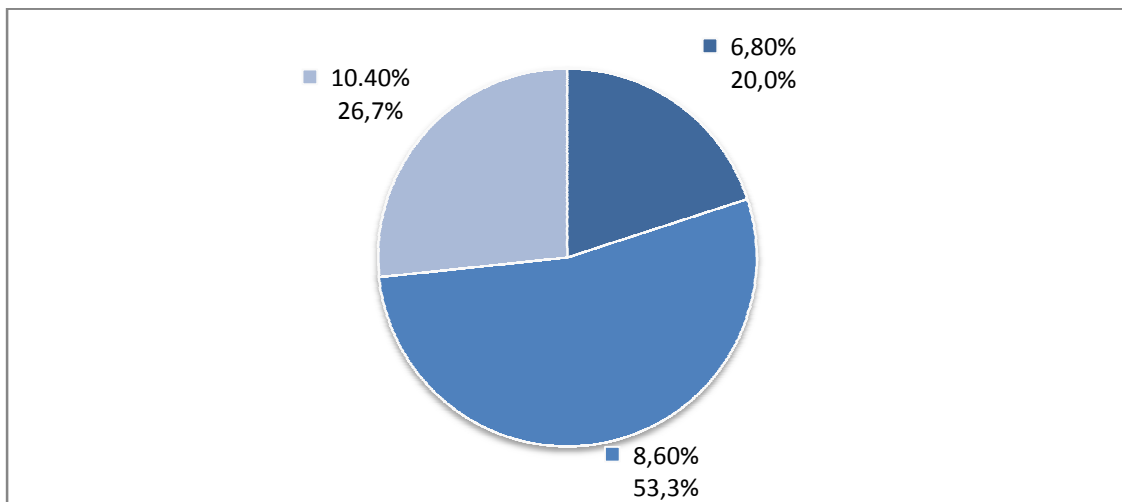


Gráfico 8 – *Qual foi a taxa global de prevalência de infecção hospitalar, no ano de 2012, neste hospital?*

Relativamente à questão “*Qual foi a taxa global de prevalência de infecção hospitalar, no ano de 2012, neste hospital?*”, 53,3% (n=16) dos enfermeiros responderam que foi de 8,6; 26,7% (n=8) dos enfermeiros responderam que foi de 10,4%; 20,0% (n=6) dos enfermeiros responderam que foi de 6,8%. Tendo em conta os dados fornecidos pela Comissão de Controlo de Infecção do referido hospital, em 2012, a taxa global de prevalência de infecção hospitalar foi de 8,6%.

Em Portugal, estatisticamente, um em cada seis doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos pode vir a contrair uma infeção hospitalar?

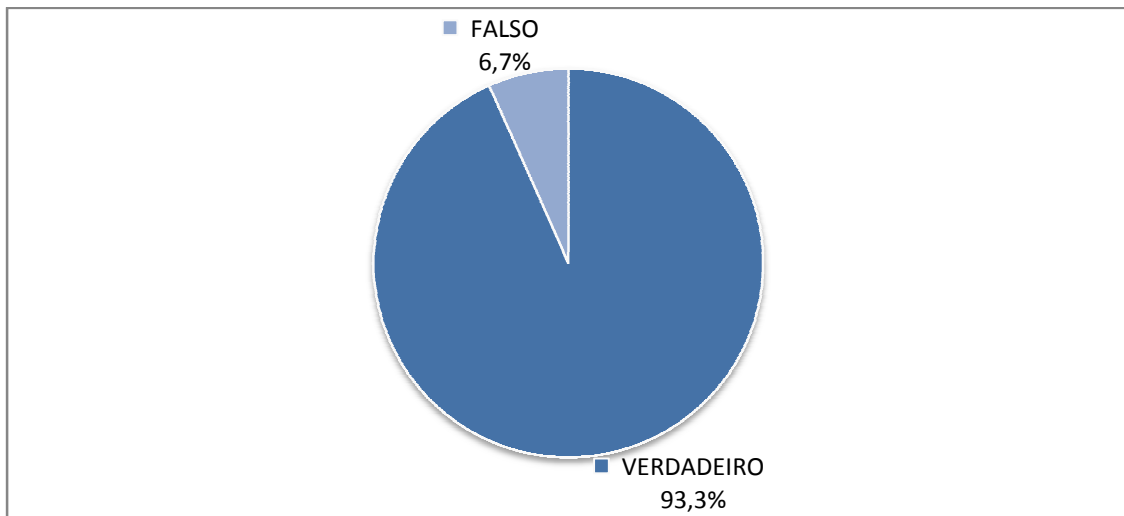


Gráfico 9 – *Em Portugal, estatisticamente, um em cada seis doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos pode vir a contrair uma infeção hospitalar?*

Na questão “*Em Portugal, estatisticamente, um em cada seis doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos pode vir a contrair uma infeção hospitalar?*”, 93,3% (n=28) dos enfermeiros responderam que é verdadeiro e 6,7% (n=2) dos enfermeiros responderam que é falso. Segundo o Relatório da Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital, em Portugal, no ano de 2012, estatisticamente, um em cada quatro doentes internados numa unidade de cuidados intensivos podem vir a contrair uma IACS (DGS, 2013a).

As infeções hospitalares mais frequentes em Portugal são as infeções das vias urinárias seguidas das infeções das vias respiratórias?

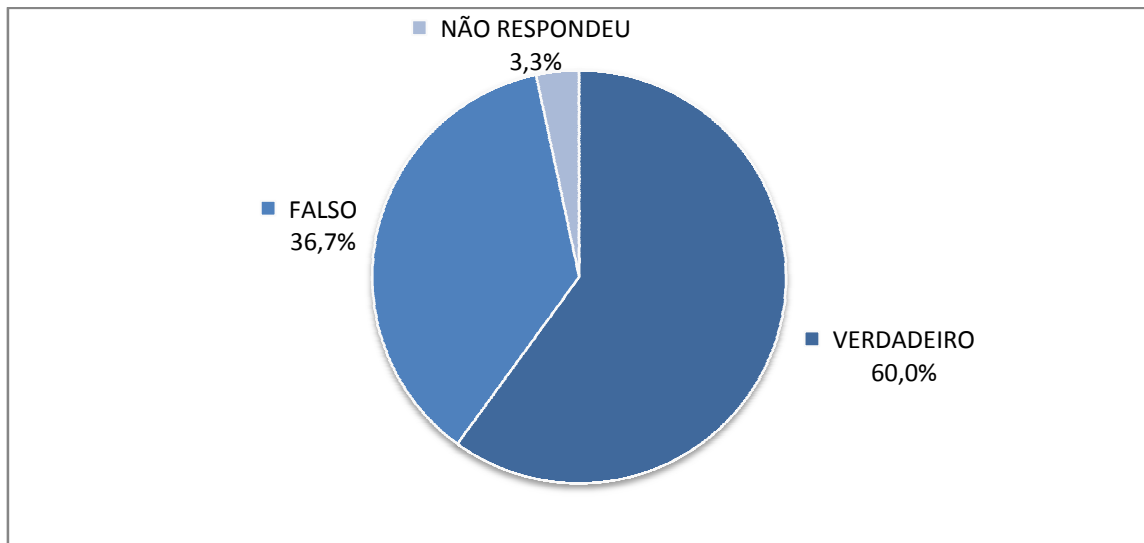


Gráfico 10 – *As infeções hospitalares mais frequentes em Portugal são as infeções das vias urinárias seguidas das infeções das vias respiratórias?*

Quanto à questão “*As infeções hospitalares mais frequentes em Portugal são as infeções das vias urinárias seguidas das infeções das vias respiratórias?*”, 60,0% (n=18) dos enfermeiros responderam que é verdadeiro; 36,7% (n=11) dos enfermeiros responderam que é falso e 3,3% (n=1) dos enfermeiros não respondeu. Segundo os dados do Relatório da Prevalência de Infecção Adquirida no Hospital, em Portugal, no ano de 2012, as infeções mais frequentes são as infeções das vias respiratórias (29,3%) seguidas das infeções das vias urinárias (21,1%) (DGS, 2013a). Os dados da Comissão de Controlo de Infecção do hospital, em 2012, mostram que 37,0% das infeções foram das vias respiratórias e 28,3% das infeções foram das vias urinárias.

Usa sempre luvas na prestação de cuidados ao doente ou contacto com os seus pertences?

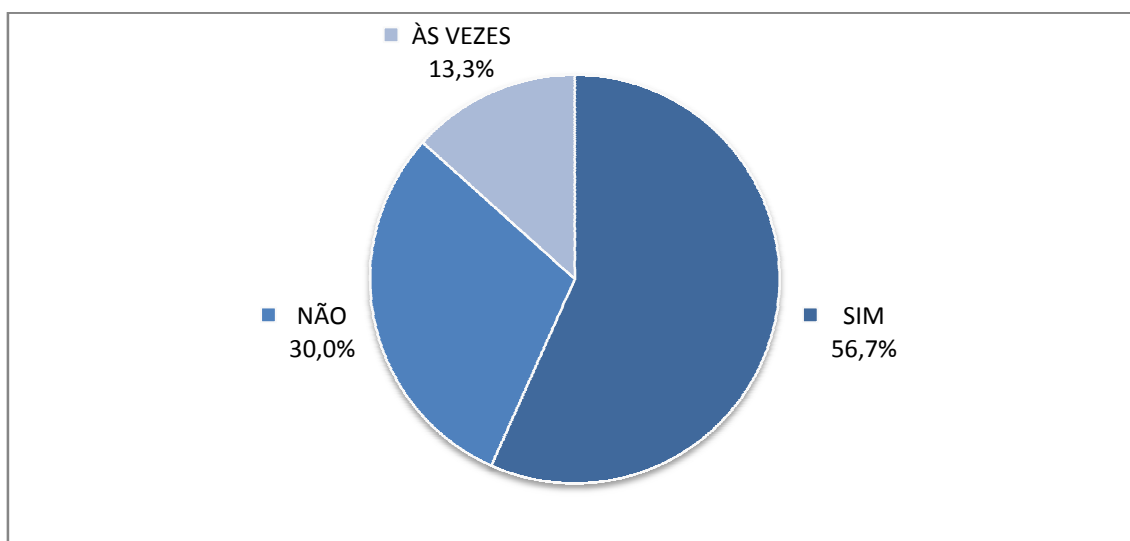


Gráfico 11–*Usa sempre luvas na prestação de cuidados ao doente ou contacto com os seus pertences?*

No que diz respeito à questão “*Usa sempre luvas na prestação de cuidados ao doente ou contacto com os seus pertences?*” 56,7% (n=17) dos enfermeiros responderam que sim; 30,0% (n=9) dos enfermeiros responderam que não e 13,3% (n=4) dos enfermeiros responderam que às vezes. Segundo a evidência é recomendado aos profissionais de saúde o uso de luvas principalmente por duas razões: prevenir que microrganismos potencialmente patogénicos, comensais ou transitoriamente presentes nas mãos dos profissionais de saúde sejam transmitidos aos doentes e reduzir o risco dos próprios profissionais de saúde adquirirem infeções dos doentes (DGS, 2009).

É necessário o uso de luvas em todas as medicações que administra ao doente?

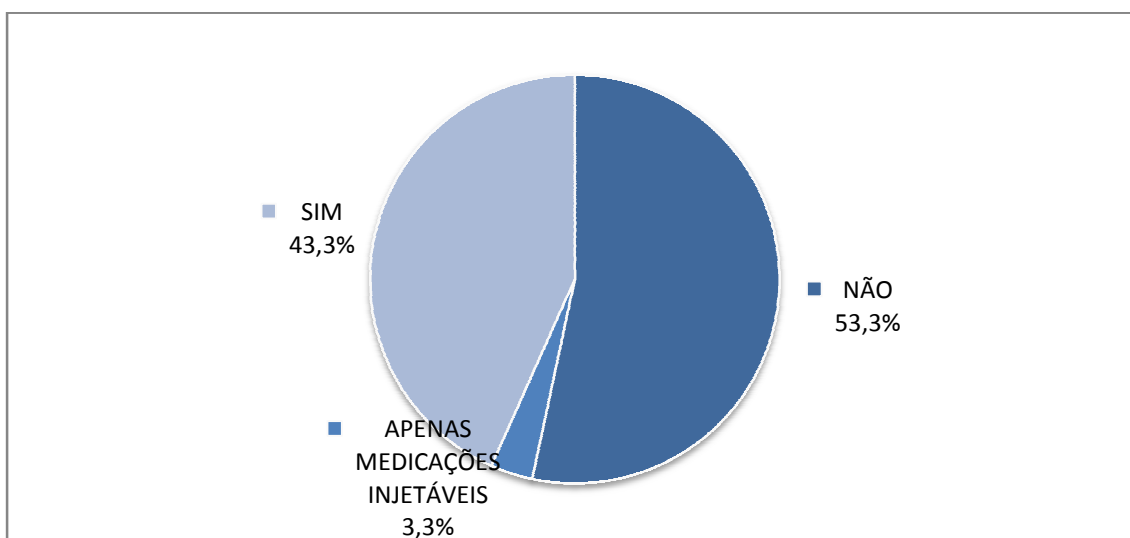


Gráfico 12: *É necessário o uso de luvas em todas as medicações que administra ao doente?*

No que concerne questão “*É necessário o uso de luvas em todas as medicações que administra ao doente?*” 53,3% (n=16) dos enfermeiros responderam que não; 43,3% (n=13) dos enfermeiros responderam que sim e 3,3% (n=1) dos enfermeiros responderam apenas nas medicações injetáveis. De acordo com a DGS (2009) as luvas devem ser usadas nas atividades de prestação de cuidados que possam envolver contato com sangue, fluidos orgânicos, membranas mucosas, pele não integra ou durante períodos de surto.

É necessária a troca de luvas de doente para doente quando despeja os debitômetros de urina?

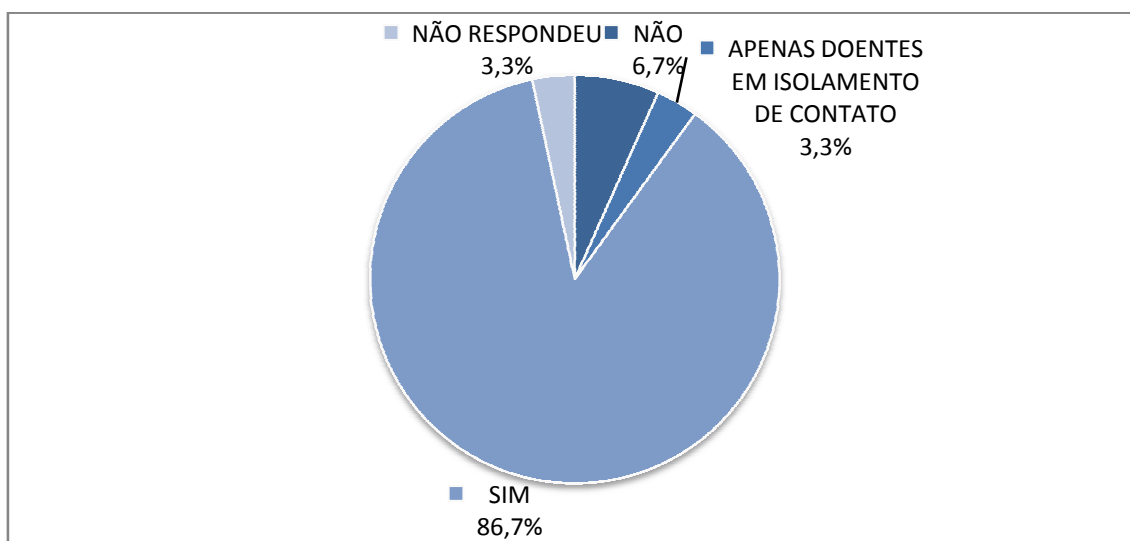


Gráfico 13 - *É necessária a troca de luvas de doente para doente quando despeja os debitômetros de urina?*

No que toca à questão “*É necessária a troca de luvas de doente para doente quando despeja os debitômetros de urina?*” 86,7% (n=26) dos enfermeiros responderam que sim; 6,7% (n=2) dos enfermeiros responderam que não; 3,3% (n=1) dos enfermeiros responderam que apenas se o doente estiver em isolamento de contato e 3,3% (n=1) dos enfermeiros não respondeu. O profissional de saúde deve retirar as luvas logo que termine o procedimento e proceder à higienização das mãos e nunca utilizar o mesmo par de luvas em mais do que um doente, para evitar a transmissão cruzada de infeção (DGS, 2009).

Só é necessário o uso de luvas no contato com a unidade do doente se este estiver infectado?

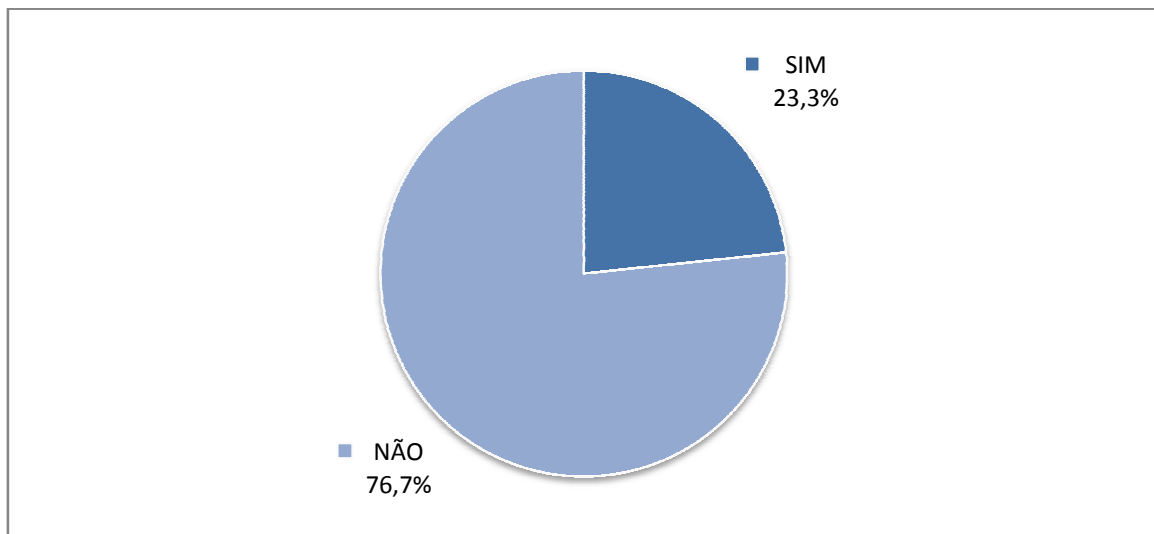


Gráfico 14 - *Só é necessário o uso de luvas no contato com a unidade do doente se este estiver infectado?*

Relativamente à questão “*Só é necessário o uso de luvas no contato com a unidade do doente se este estiver infectado?*” 76,7% (n=23) dos enfermeiros responderam que não e 23,3% (n=7) dos enfermeiros responderam que sim. O meio envolvente a qualquer doente pode ser contaminado e ser constituído fonte ou reservatório de infeção, como tal os profissionais de saúde devem usar luvas para sua proteção individual (DGS, 2007b).

Substitui as luvas a cada procedimento no mesmo doente?

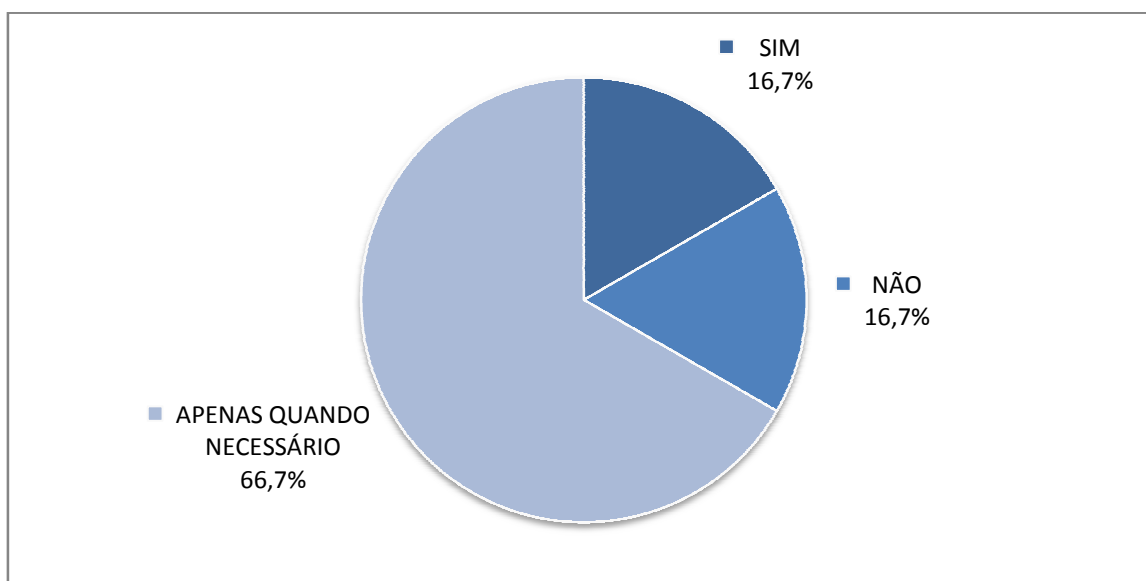


Gráfico 15 - *Substitui as luvas a cada procedimento no mesmo doente?*

Na questão "*Substitui as luvas a cada procedimento no mesmo doente?*", 66,7% (n=20) dos enfermeiros responderam que apenas quando necessário; 16,7% (n=5) dos enfermeiros responderam que sim e 16,7% (n=5) dos enfermeiros responderam que não. Para a DGS (2007b), os profissionais de saúde devem mudar as luvas entre procedimentos no mesmo doente, como por exemplo, quando passa de uma zona "contaminada" para uma zona estéril ou após o contato com material que possa conter alta concentração de microrganismos.

Toca com as luvas, após o contato com um doente, no computador da unidade do doente?

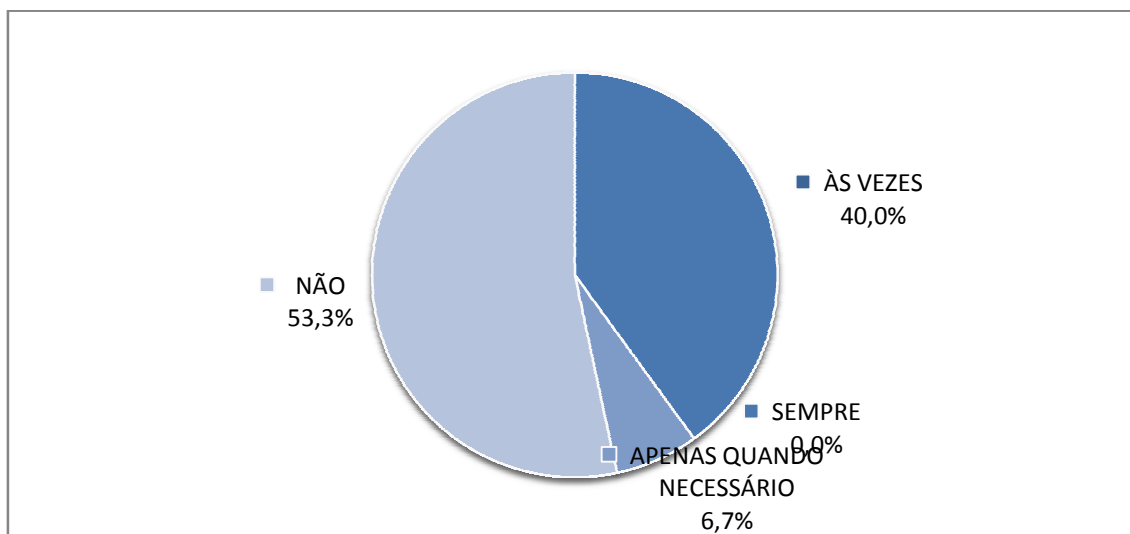


Gráfico 16 - *Toca com as luvas, após o contato com um doente, no computador da unidade do doente?*

No que diz respeito à questão “*Toca com as luvas, após o contato com um doente, no computador da unidade do doente?*” 53,3% (n=16) dos enfermeiros responderam não; 40,0% (n=12) dos enfermeiros responderam às vezes e 6,7% (n=2) dos enfermeiros responderam apenas quando necessário. Os profissionais de saúde devem retirar ou trocar de luvas depois do contato com um doente, e assim sendo não devem tocar no meio envolvente ao doente com luvas, após o contato com um doente, para evitar a proliferação de microrganismos (DGS, 2009).

Quando executa os pensos a cateteres usa luvas esterilizadas?

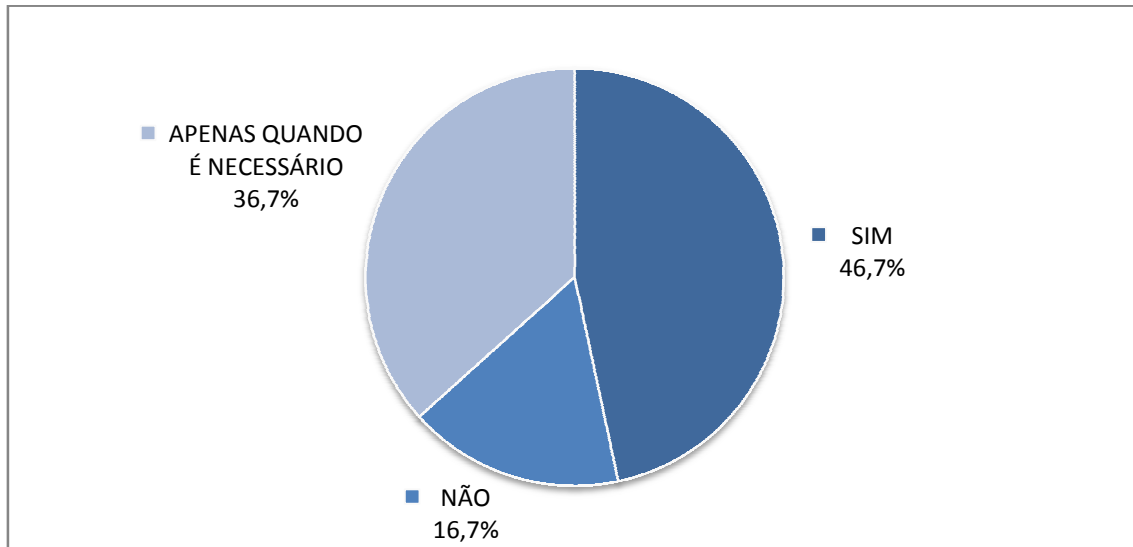


Gráfico 17 - *Quando executa os pensos a cateteres usa luvas esterilizadas?*

Quanto à questão "*Quando executa os pensos a cateteres usa luvas esterilizadas?*" 46,7% (n=14) dos enfermeiros responderam sim; 36,7% (n=11) dos enfermeiros responderam apenas quando é necessário e 16,7% (n=5) dos enfermeiros responderam não. As infecções associadas às linhas intravasculares podem ser locais e sistêmicas e são mais frequentes nas unidades de cuidados intensivos. Um dos cuidados a ter em todos os cateteres vasculares é a manutenção de um alto nível de assépsia na inserção e nos cuidados ao cateter. Para tal deve-se mudar o penso usando técnica asséptica cirúrgica (DGS, 2002).

Lava sempre as mãos antes de prestar cuidados aos doentes?

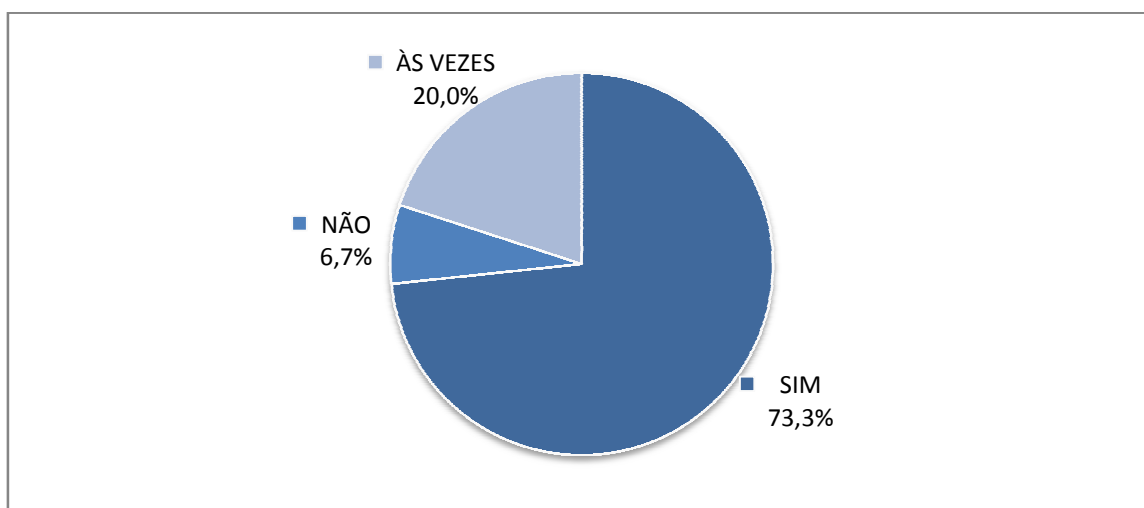


Gráfico 18 - *Lava sempre as mãos antes de prestar cuidados aos doentes?*

Relativamente à questão “*Lava sempre as mãos antes de prestar cuidados aos doentes?*” 73,3% (n=22) dos enfermeiros responderam sim; 20,0% (n=6) dos enfermeiros responderam às vezes e 6,7% (n=2) dos enfermeiros responderam não. Como refere a DGS (2009), os enfermeiros devem higienizar as mãos antes de tocar no doente, de forma a protegê-lo de microrganismos que os profissionais transportam nas mãos.

Lava sempre as mãos depois de prestar cuidados aos doentes?

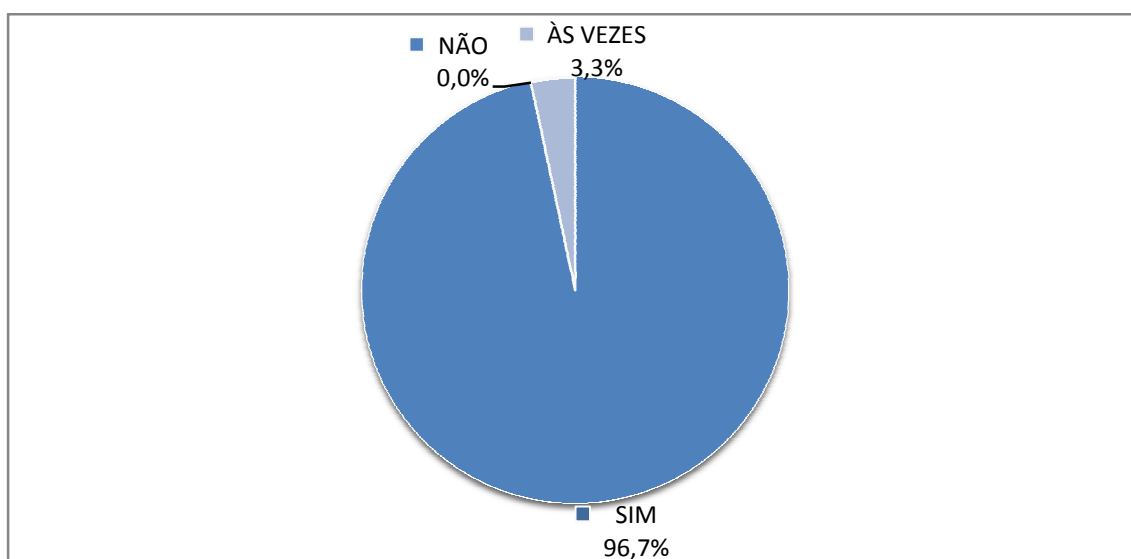


Gráfico 19 - *Lava sempre as mãos depois de prestar cuidados aos doentes?*

À questão “*Lava sempre as mãos depois de prestar cuidados aos doentes?*” 96,7% (n=29) dos enfermeiros responderam sim e 3,3% (n=1) dos enfermeiros responderam não. Os enfermeiros devem higienizar as mãos imediatamente após o contato com o doente e quando sai do ambiente envolvente ao doente para se proteger a si mesmo e o meio envolvente da disseminação de microrganismos do doente (DGS, 2009).

É necessário lavar as mãos depois de retirar as luvas?

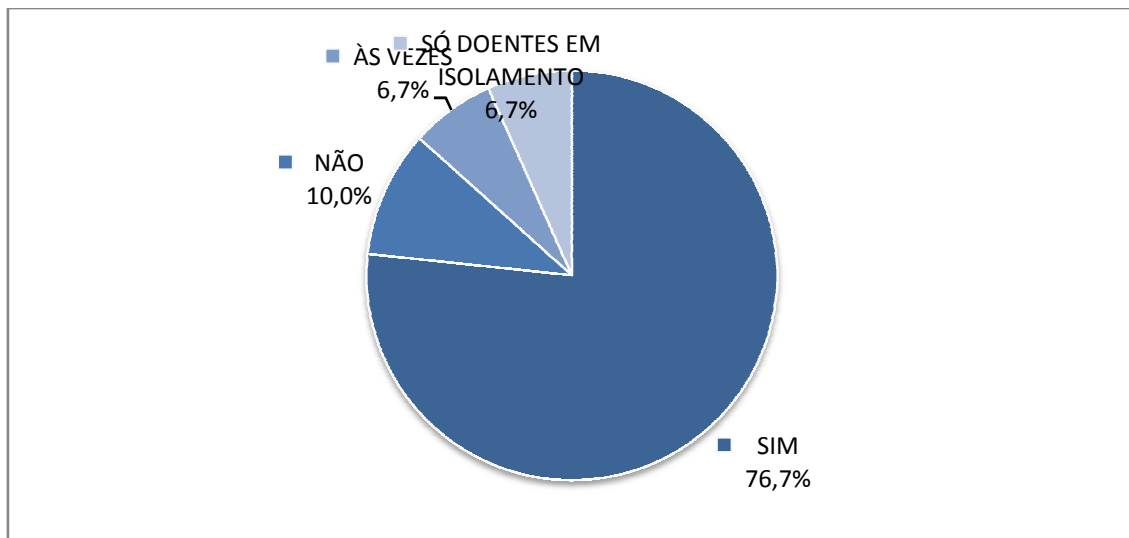


Gráfico 20 - *É necessário lavar as mãos depois de retirar as luvas?*

No que reporta à questão “*É necessário lavar as mãos depois de retirar as luvas?*” 76,7% (n=23) dos enfermeiros responderam sim; 10,0% (n=3) dos enfermeiros responderam não; 6,7% (n=2) dos enfermeiros responderam às vezes e 6,7% (n=2) dos enfermeiros responderam só em doentes em isolamento. As luvas não concedem proteção total contra a contaminação das mãos, a flora bacteriana que coloniza os doentes pode ser isolada nas mãos de cerca de 30% dos profissionais de saúde que usam luvas no contato com o doente. O uso de luvas por parte dos profissionais não substitui, como se pode constatar, a necessidade de higiene das mãos por fricção anti-séptica ou lavagem com água e sabão. Os enfermeiros devem ainda higienizar as mãos após retirar luvas, mesmo que não tenham sido usadas, pois estas podem transportar microrganismos (DGS, 2009).

Lava as mãos após o risco de exposição a fluidos corporais?

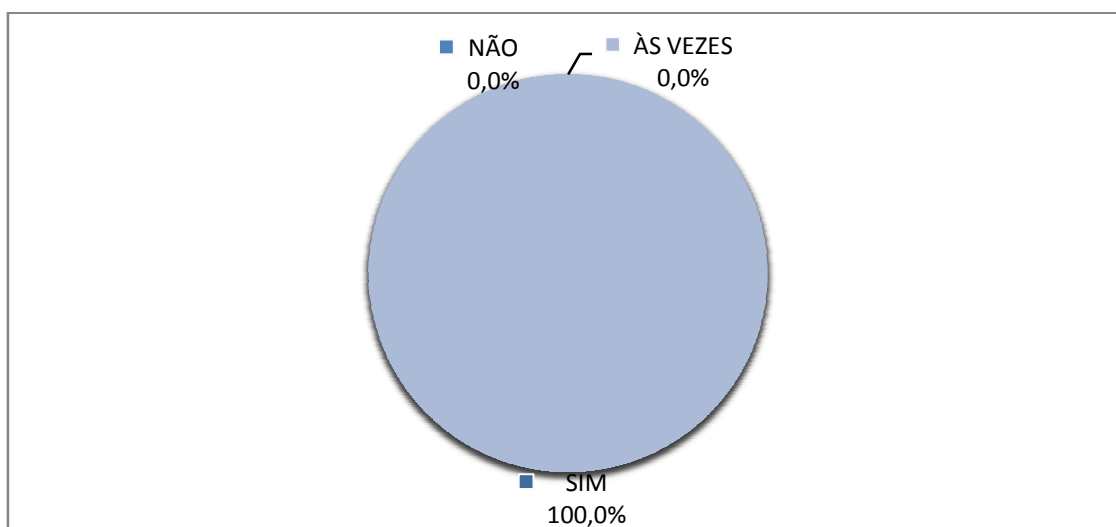


Gráfico 21 - *Lava as mãos após o risco de exposição a fluidos corporais?*

Quanto à questão “*Lava as mãos após o risco de exposição a fluidos corporais?*” 100,0% (n=30) dos enfermeiros responderam sim. Os enfermeiros devem higienizar as mãos após qualquer procedimento que envolva risco de exposição a fluidos orgânicos, independentemente de usarem luvas ou não, a fim de evitar a disseminação de microrganismos do doente para o enfermeiro e para o meio envolvente ao doente (DGS, 2009).

Lava sempre as mãos antes de procedimentos assépticos?

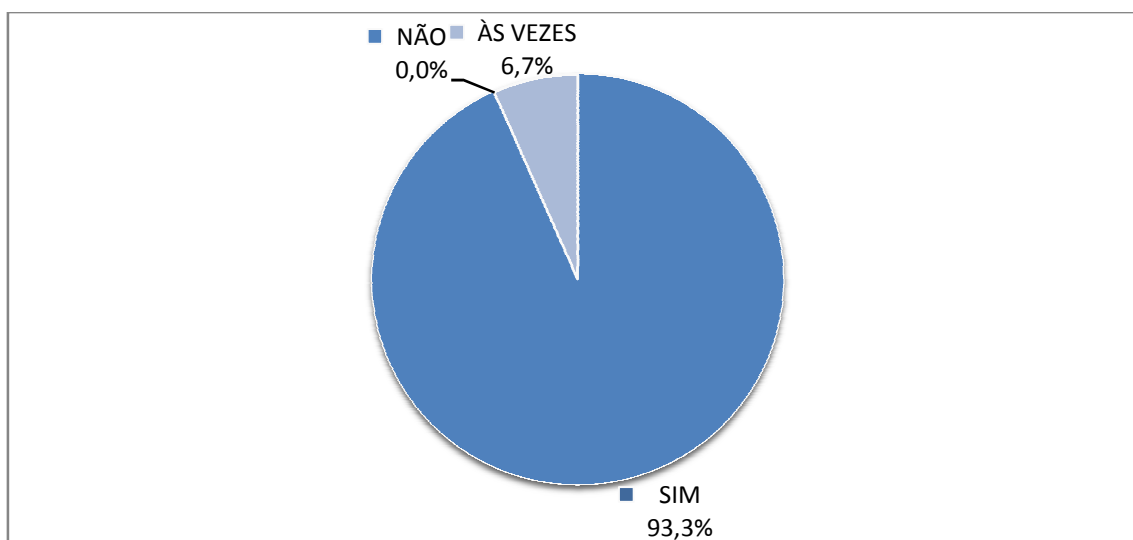


Gráfico 22 - *Lava sempre as mãos antes de procedimentos assépticos?*

No que concerne à questão “*Lava sempre as mãos antes de procedimentos assépticos?*” 93,3% (n=28) dos enfermeiros responderam sim e 6,7% (n=2) dos enfermeiros responderam às vezes. Os enfermeiros devem higienizar as mãos antes de qualquer procedimento que envolva contato direto ou indireto com mucosas, pele com solução de continuidade, dispositivo médico invasivo ou equipamentos, com o intuito de proteger o doente de microrganismos que os enfermeiros transportam nas mãos e dos microrganismos da sua própria flora (DGS, 2009).

Lava sempre as mãos após o contato com o ambiente envolvente do doente?

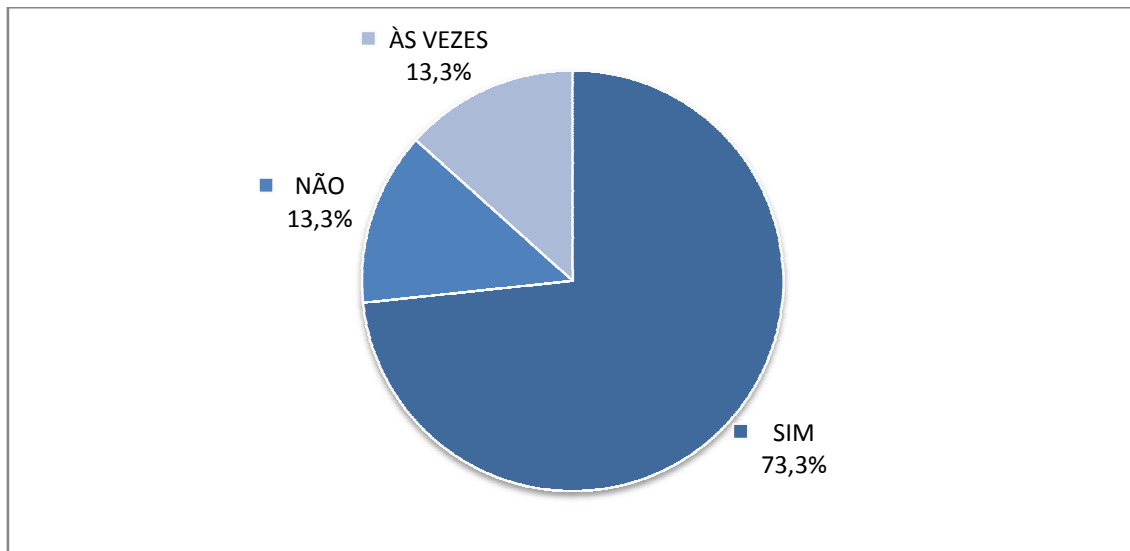


Gráfico 23 - *Lava sempre as mãos após o contato com o ambiente envolvente do doente?*

À questão “*Lava sempre as mãos após o contato com o ambiente envolvente do doente?*”, 73,3% (n=22) dos enfermeiros responderam sim; 13,3% (n=4) dos enfermeiros responderam não e 13,3% (n=4) dos enfermeiros responderam às vezes. Quando o enfermeiro abandona o ambiente envolvente do doente, após contato com o equipamento, pertences do doente ou outras superfícies inanimadas deve higienizar as mãos, mesmo que não tenha tocado no doente, para proteger-se a si e ao restante serviço da proliferação de microrganismos do doente (DGS, 2009).

Lava sempre as mãos antes da manipulação de medicamentos?

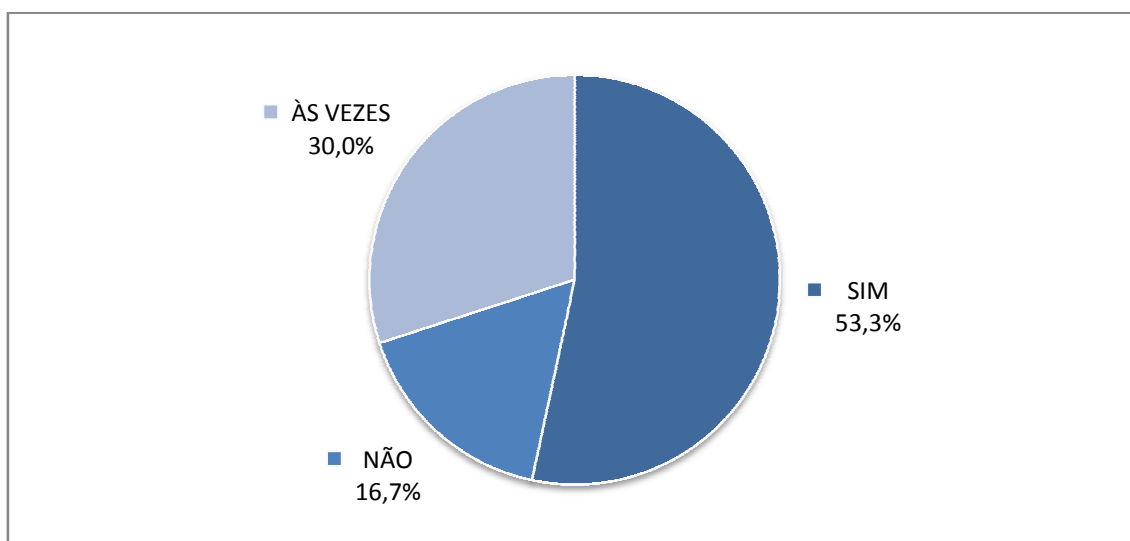


Gráfico 24 - *Lava sempre as mãos antes da manipulação de medicamentos?*

No que concerne à questão “*Lava sempre as mãos antes da manipulação de medicamentos?*”, 53,3% (n=16) dos enfermeiros responderam sim; 30,0% (n=9) dos enfermeiros responderam às vezes e 16,7% (n=5) dos enfermeiros responderam não. Os enfermeiros devem higienizar as mãos antes de manusear a medicação para evitar a disseminação de microrganismos da flora comensal ou transitória das suas mãos para os medicamentos (DGS, 2010).

Lava sempre as mãos de doente para doente, mesmo que tenha usado luvas?

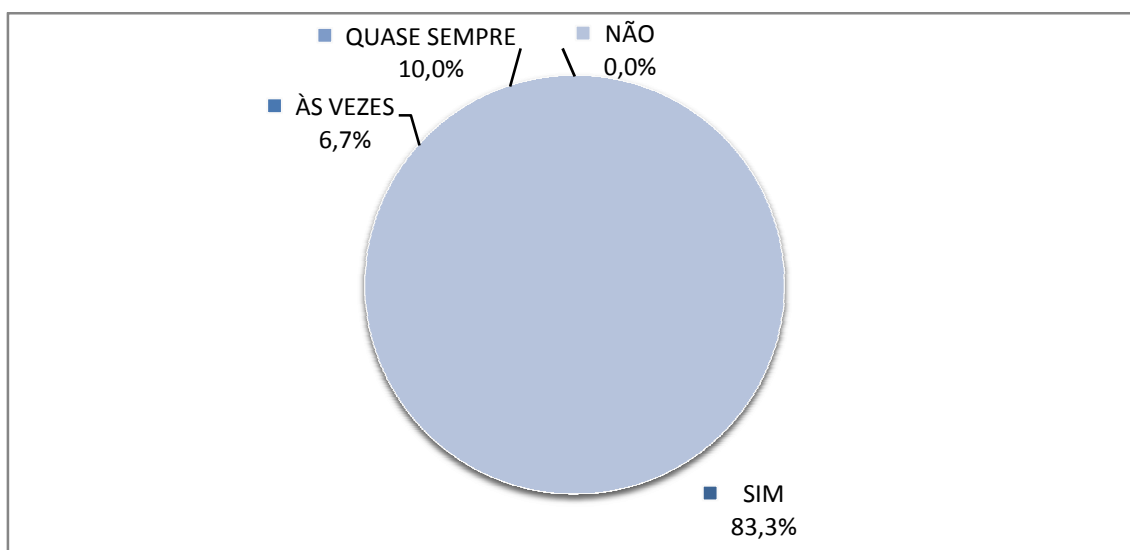


Gráfico 25–*Lava sempre as mãos de doente para doente, mesmo que tenha usado luvas?*

Quanto à questão *“Lava sempre as mãos de doente para doente, mesmo que tenha usado luvas?”*, 83,3% (n=25) dos enfermeiros responderam sim; 10,0% (n=3) dos enfermeiros responderam quase sempre e 6,7% (n=2) dos enfermeiros responderam às vezes. Os enfermeiros devem higienizar as mãos, tendo usado luvas ou não, sempre após o contato com o doente ou meio envolvente ao mesmo, para proteger o enfermeiro, o serviço e outros doentes da disseminação de microrganismos (DGS, 2009).

Só é considerado surto de Acinetobacter baumannii multi-resistente caso num mesmo período surjam três ou mais casos, segundo o protocolo do serviço?

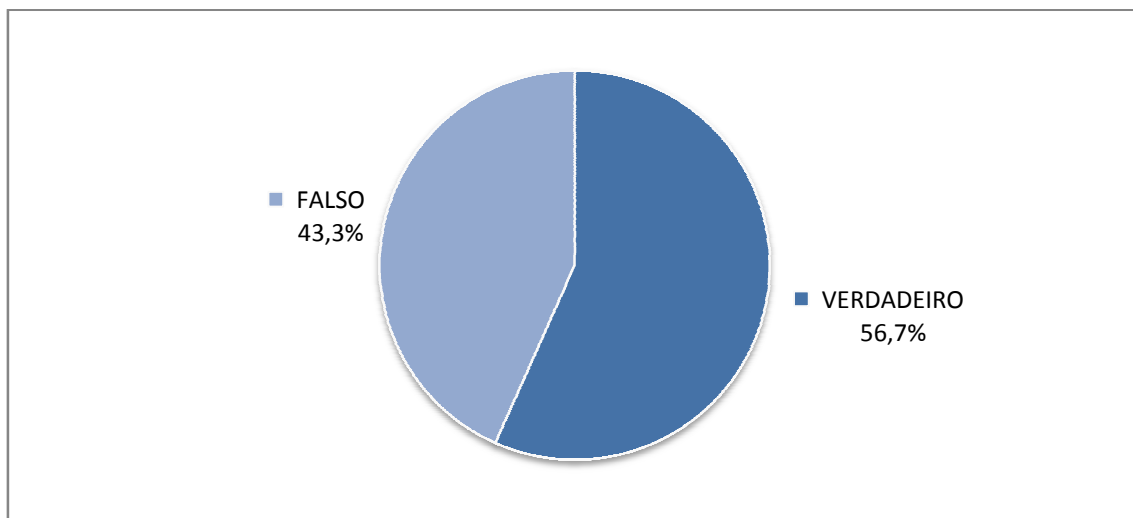


Gráfico 26 - *Só é considerado surto de Acinetobacter baumannii multi-resistente caso num mesmo período surjam três ou mais casos, segundo o protocolo do serviço?*

No que diz respeito à questão *“Só é considerado surto de Acinetobacter baumannii multi-resistente caso num mesmo período surjam três ou mais casos, segundo o protocolo do serviço?”*, 56,7% (n=17) dos enfermeiros responderam verdadeiro e 43,3% (n=13) dos enfermeiros responderam falso. Segundo o protocolo existente na unidade de cuidados intensivos e que foi formulado para a mesma é considerado surto de Acinetobacter baumannii multi-resistente caso surjam dois ou mais casos associados temporalmente.

Caso surja um surto de Acinetobacter baumannii multi-resistente deve-se proceder à colheita de secreções, urina, exsudados locais de inserção de cateteres ou drenos, pele e mucosas e perineal de todos os doentes internados no serviço?

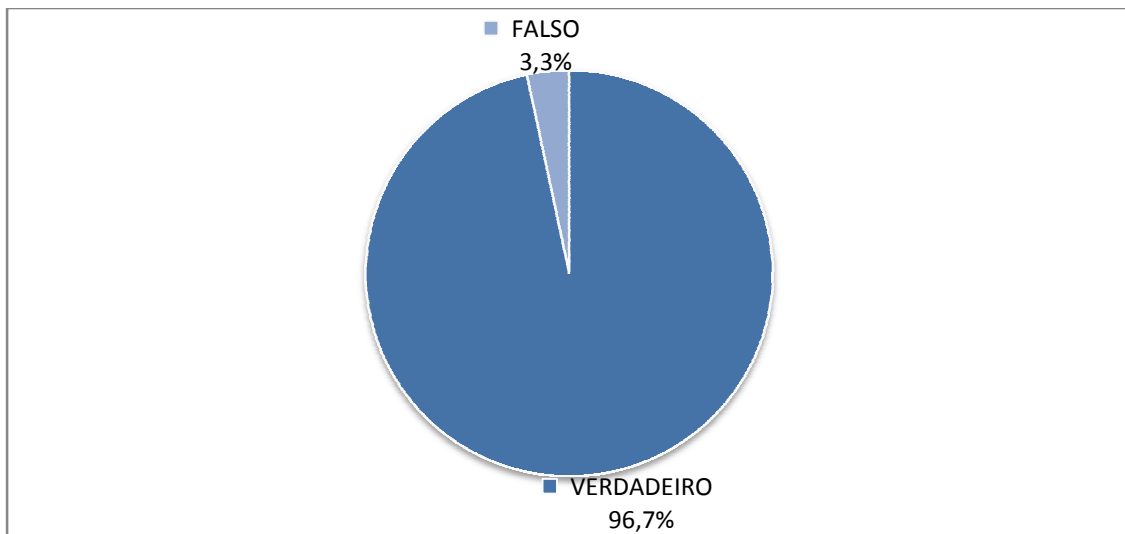


Gráfico 27 - *Caso surja um surto de Acinetobacter baumannii multi-resistente deve-se proceder à colheita de secreções, urina, exsudados locais de inserção de cateteres ou drenos, pele e mucosas e perineal de todos os doentes internados no serviço?*

Já relativamente à questão “*Caso surja um surto de Acinetobacter baumannii multi-resistente deve-se proceder à colheita de secreções, urina, exsudados locais de inserção de cateteres ou drenos, pele e mucosas e perineal de todos os doentes internados no serviço?*”, 96,7% (n=29) dos enfermeiros responderam verdadeiro e 3,3% (n=1) dos enfermeiros responderam falso. Tendo em conta o protocolo da unidade de cuidados intensivos após o surgimento de um surto deve-se proceder à colheita de secreções, de urina, de exsudados de locais de inserção de cateteres ou drenos, de pele e de mucosas e da região perineal a todos os doentes internados na unidade de cuidados intensivos.

A Staphylococcus aureus é adquirida principalmente no contato direto ou por via de equipamentos ou dispositivos médicos?

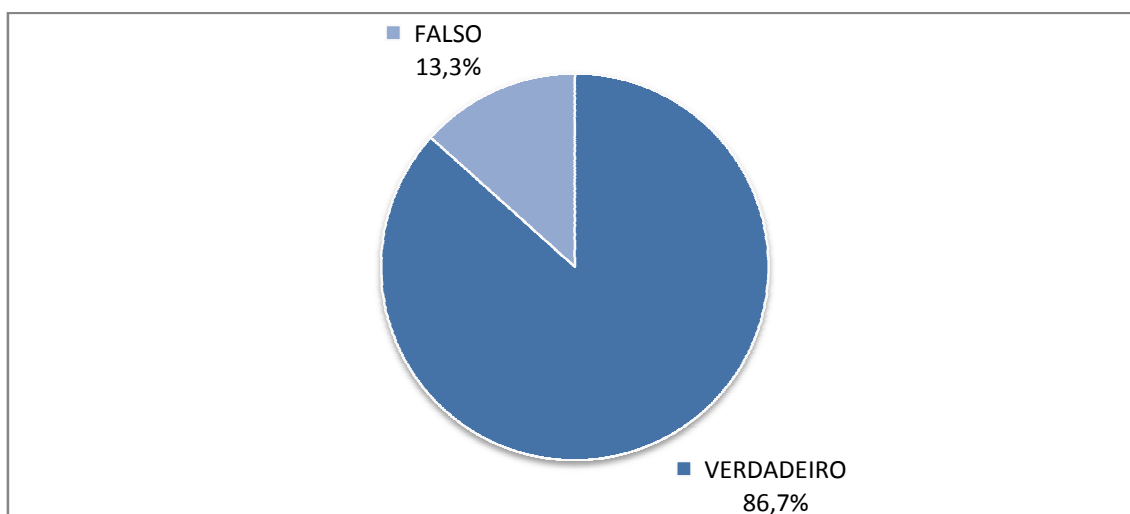


Gráfico 28 - *A Staphylococcus aureus é adquirida principalmente no contato direto ou por via de equipamentos ou dispositivos médicos?*

No que concerne à questão “*A Staphylococcus aureus é adquirida principalmente no contato direto ou por via de equipamentos ou dispositivos médicos?*”, 86,7% (n=26) dos enfermeiros responderam verdadeiro e 13,3% (n=4) dos enfermeiros responderam falso. A *Staphylococcus aureus* é transmitida principalmente através do contato direto entre os seres humanos e através de equipamentos ou dispositivos médicos (DGS, 2013d).

A Staphylococcus aureus é uma bactéria presente na pele e mucosas de pessoas saudáveis?

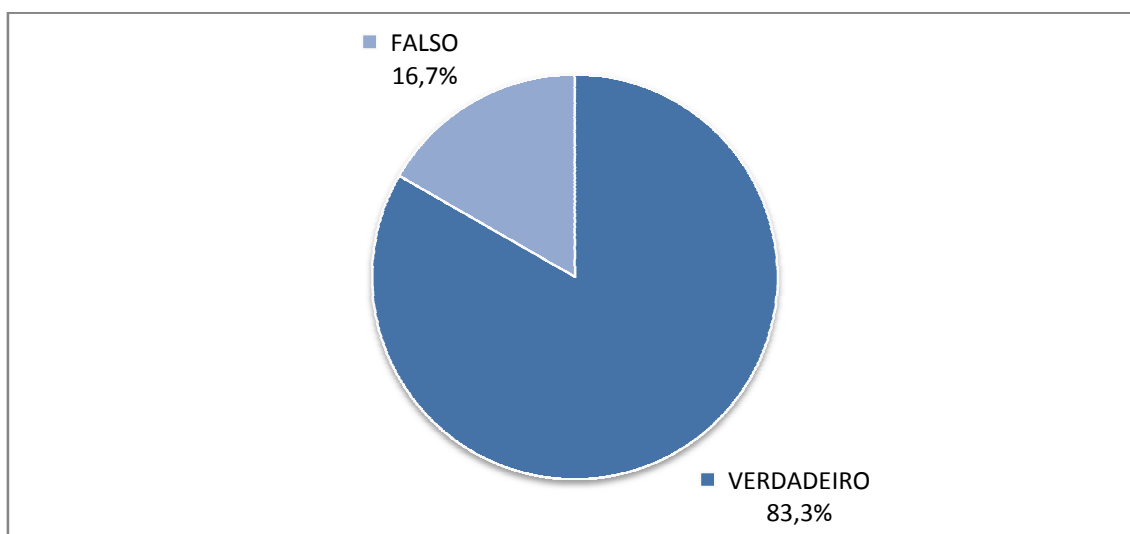


Gráfico 29 - *A Staphylococcus aureus é uma bactéria presente na pele e mucosas de pessoas saudáveis?*

Quanto à questão “*A Staphylococcus aureus é uma bactéria presente na pele e mucosas de pessoas saudáveis?*”, 83,3% (n=25) dos enfermeiros responderam verdadeiro e 16,7% (n=5) dos enfermeiros responderam falso. A *Staphylococcus aureus* é uma bactéria que está presente na pele e mucosas de cerca de 20% a 30% das pessoas saudáveis, sendo mais frequente nas pessoas que trabalham em ambiente hospitalar (DGS, 2013d).

O Acinetobacter baumannii pode facilmente ser encontrado como colonizador da pele, da orofaringe e do trato digestivo em indivíduos saudáveis dentro do ambiente hospitalar?

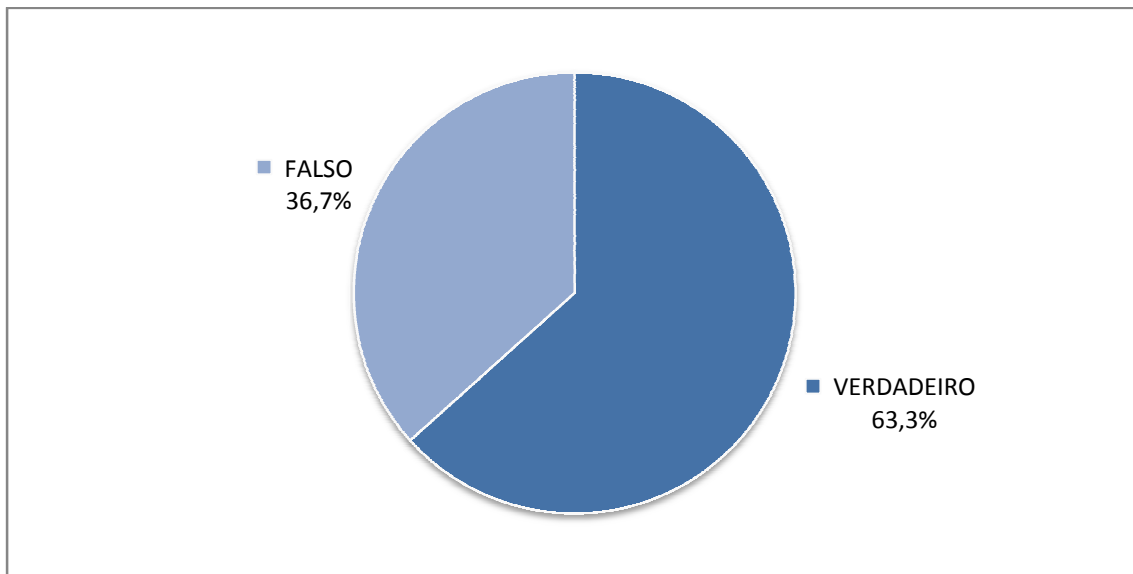


Gráfico 30-O *Acinetobacter baumannii* pode facilmente ser encontrado como colonizador da pele, da orofaringe e do trato digestivo em indivíduos saudáveis dentro do ambiente hospitalar?

Na questão "*O Acinetobacter baumannii* pode facilmente ser encontrado como colonizador da pele, da orofaringe e do trato digestivo em indivíduos saudáveis dentro do ambiente hospitalar?", 63,3% (n=19) dos enfermeiros responderam verdadeiro e 36,7% (n=11) dos enfermeiros responderam falso. O *Acinetobacter baumannii* é uma bactéria que pode facilmente ser encontrado como colonizador da pele humana, da orofaringe e do trato digestivo em indivíduos saudáveis no meio hospitalar (Silva, 2009).

Os Enterococcus fazem parte da flora do trato gastrointestinal e também podem colonizar a mucosa oral, o sistema genito-urinário e a pele?

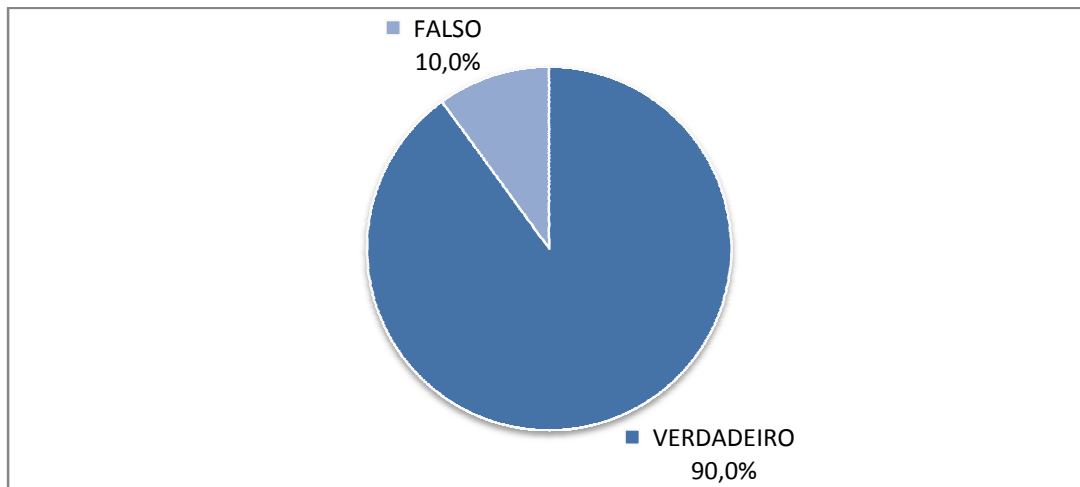


Gráfico 31 - *Os Enterococcus fazem parte da flora do trato gastrointestinal e também podem colonizar a mucosa oral, o sistema genito-urinário e a pele?*

À questão “*Os Enterococcus fazem parte da flora do trato gastrointestinal e também podem colonizar a mucosa oral, o sistema genito-urinário e a pele?*”, 90,0% (n=27) dos enfermeiros responderam verdadeiro e 10,0% (n=3) dos enfermeiros responderam falso. Os Enterococcus são bactérias comensais do sistema digestivo e génito-urinário. A sua transmissão é feita de pessoa para pessoa através das mãos (Neves, 2007).

A Escherichia coli é uma bactéria que vive habitualmente no intestino dos mamíferos?

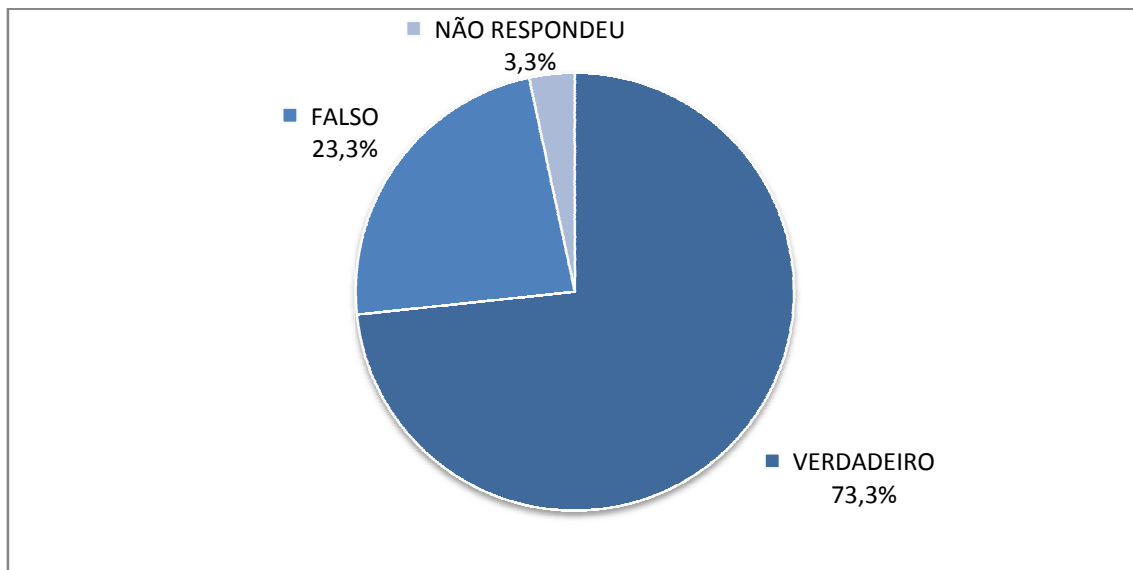


Gráfico 32 - *A Escherichia coli é uma bactéria que vive habitualmente no intestino dos mamíferos?*

Relativamente à questão “*A Escherichia coli é uma bactéria que vive habitualmente no intestino dos mamíferos?*”, 73,3% (n=22) dos enfermeiros responderam verdadeiro; 23,3% (n=7) dos enfermeiros responderam falso e 3,3% (n=1) dos enfermeiros não respondeu. A *Escherichia coli* é uma bactéria comensal do intestino dos mamíferos (Neves, 2007).

A Pseudomonas aeruginosa é uma bactéria Gram-negativa que serve-se de reservatório de equipamentos e materiais hospitalares, como equipamentos de ventilação assistida ou fluidos de administração endovenosa?

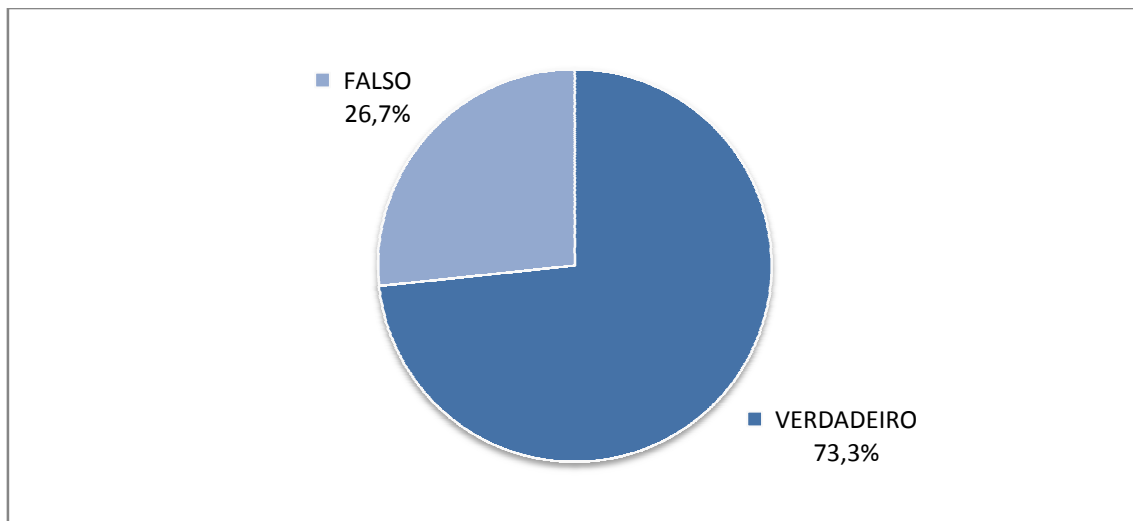


Gráfico 33 - *A Pseudomonas aeruginosa é uma bactéria Gram-negativa que serve-se de reservatório de equipamentos e materiais hospitalares, como equipamentos de ventilação assistida ou fluidos de administração endovenosa?*

Quanto à questão “*A Pseudomonas aeruginosa é uma bactéria Gram-negativa que serve-se de reservatório de equipamentos e materiais hospitalares, como equipamentos de ventilação assistida ou fluidos de administração endovenosa?*”, 73,3% (n=22) dos enfermeiros responderam verdadeiro e 26,7% (n=8) dos enfermeiros responderam falso. A *Pseudomonas aeruginosa* é uma bactéria Gram-negativa com grande predileção por ambientes húmidos, sobrevive em reservatórios hospitalares, tais como ventiladores, humidificadores e fluidos de administração endovenosa (Ramos, 2010).

***Na prestação de cuidados a um doente com *Staphylococcus aureus* resistente à metilina sele-
cione com um x as medidas de proteção que deve usar.***

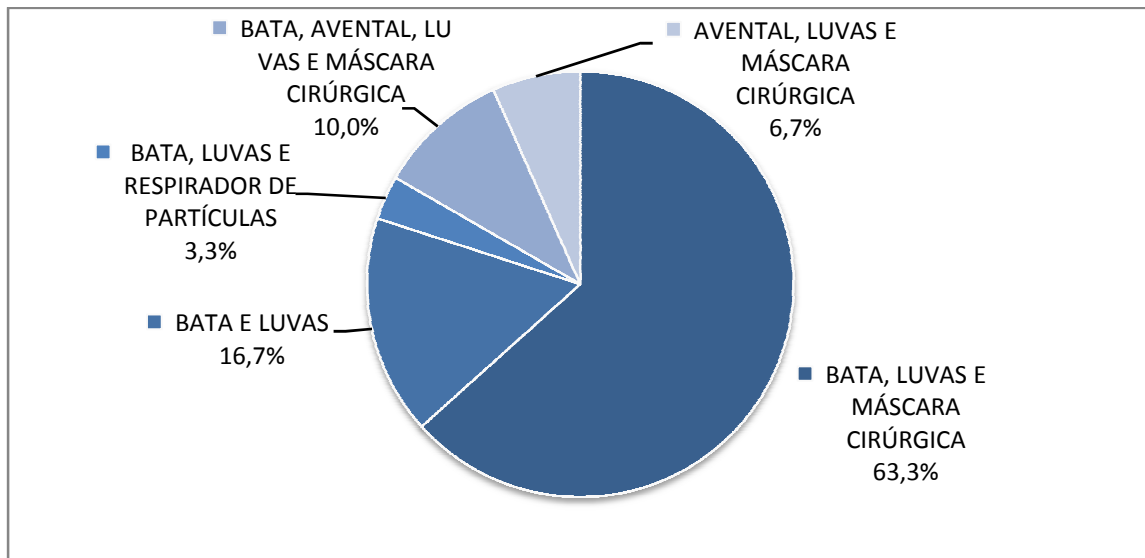


Gráfico 34 - *Na prestação de cuidados a um doente com *Staphylococcus aureus* resistente à metilina sele- cione com um x as medidas de proteção que deve usar*

No que concerne à questão “*Na prestação de cuidados a um doente com *Staphylococcus aureus* resistente à metilina sele- cione com um x as medidas de proteção que deve usar*”, 63,3% (n=19) dos enfermeiros responderam bata, luvas e máscara cirúrgica; 16,7% (n=5) dos enfermeiros responderam bata e luvas; 10,0% (n=3) dos enfermeiros responderam bata, avental, luvas e máscara cirúrgica; 3,3% (n=1) dos enfermeiros responderam bata, luvas e respirador de partículas e 6,7% (n=2) dos enfermeiros responderam avental, luvas e máscara cirúrgica. Segundo o protocolo da unidade de cuidados intensivos e segundo a DGS na prestação de cuidados a um doente com *Staphylococcus aureus* resistente à metilina deve-se usar precauções de transmissão por contato, ou seja, usar luvas, bata e máscara cirúrgica, caso execute procedimentos com a capacidade potencial de produção de salpicos ou de “aerossóis”, de secreções ou excreções, sangue, outros fluídos corporais (2007b).

Na prestação de cuidados a um doente com *Acinetobacter baumannii* seleccione com um x as medidas de protecção que deve usar

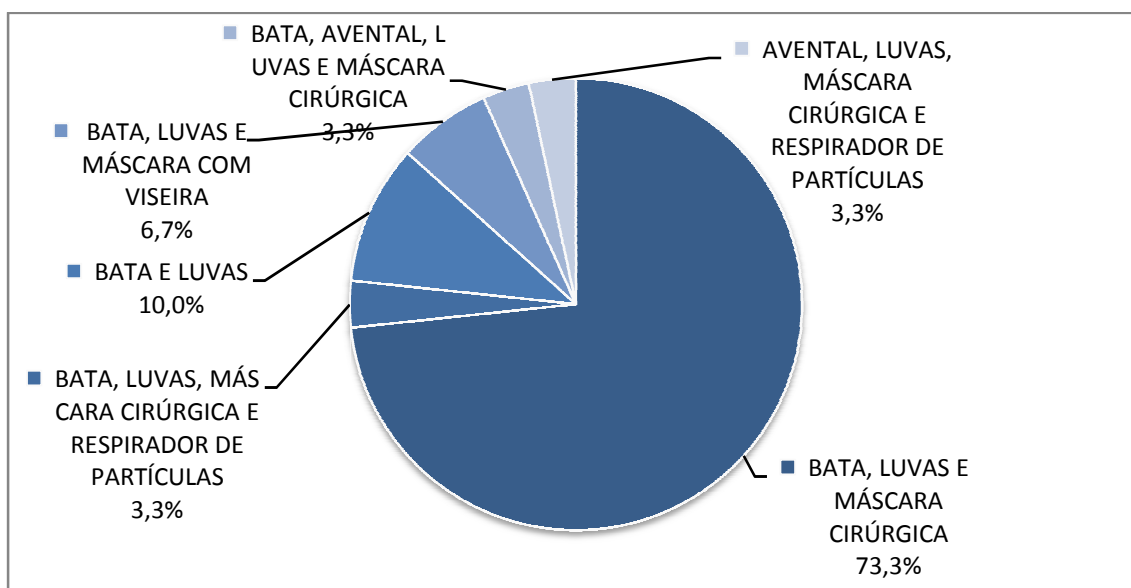


Gráfico 35 - *Na prestação de cuidados a um doente com *Acinetobacter baumannii* seleccione com um x as medidas de protecção que deve usar*

Relativamente à questão “*Na prestação de cuidados a um doente com *Acinetobacter baumannii* seleccione com um x as medidas de protecção que deve usar*”, 73,3% (n=22) dos enfermeiros responderam bata, luvas e máscara cirúrgica; 10,0% (n=3) dos enfermeiros responderam bata e luvas; 6,7% (n=2) dos enfermeiros responderam bata, luvas e máscara com viseira; 3,3% (n=1) dos enfermeiros responderam bata, luvas, máscara cirúrgica e respirador de partículas; 3,3% (n=1) dos enfermeiros responderam bata, avental, luvas e máscara cirúrgica e 3,3% (n=1) dos enfermeiros responderam avental, luvas, máscara cirúrgica e respirador de partículas. Tendo por base o protocolo da unidade de cuidados intensivos, na prestação de cuidados a um doente com *Acinetobacter baumannii* deve-se usar precauções de transmissão por contato, ou seja, usar luvas, bata e máscara cirúrgica, caso execute procedimentos com a capacidade potencial de produção de salpicos ou de “aerossóis”, de secreções ou excreções, sangue, outros fluidos corporais.

Na prestação de cuidados a um doente com *Pseudomonas aeruginosa* seleccione com um x as medidas de protecção que deve usar

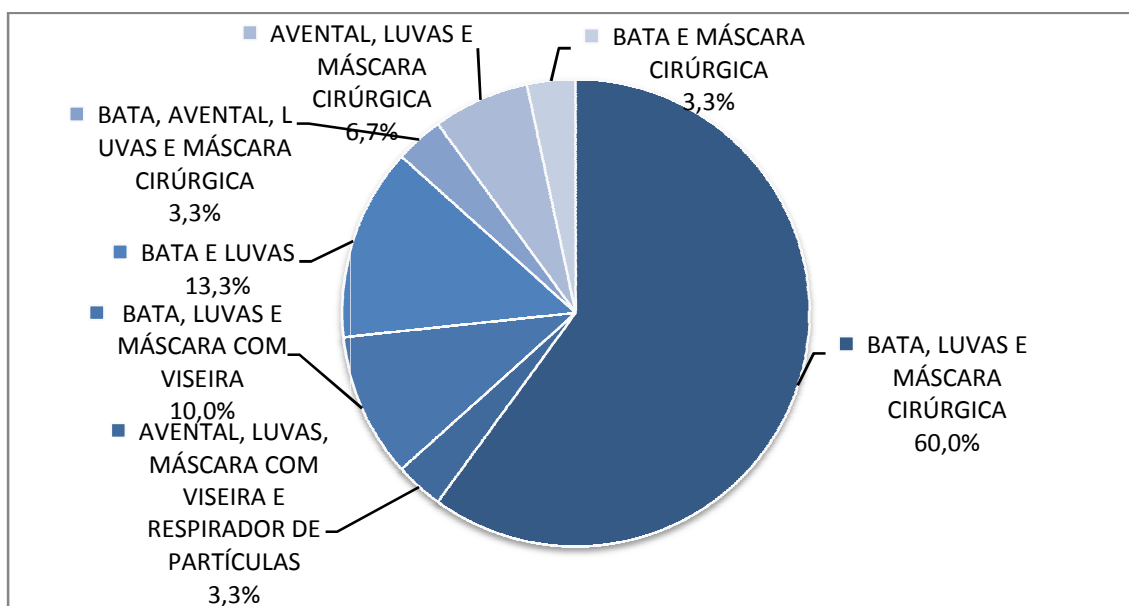


Gráfico 36 - *Na prestação de cuidados a um doente com *Pseudomonas aeruginosa* seleccione com um x as medidas de protecção que deve usar*

Quanto à questão “*Na prestação de cuidados a um doente com *Pseudomonas aeruginosa* seleccione com um x as medidas de protecção que deve usar*”, 60,0% (n=18) dos enfermeiros responderam bata, luvas e máscara cirúrgica; 13,3% (n=4) dos enfermeiros responderam bata e luvas; 10,0% (n=3) dos enfermeiros responderam bata, luvas e máscara com viseira; 6,7% (n=2) dos enfermeiros responderam avental, luvas e máscara cirúrgica; 3,3% (n=1) dos enfermeiros responderam avental, luvas, máscara com viseira e respirador de partículas; 3,3% (n=1) dos enfermeiros responderam bata, avental, luvas e máscara cirúrgica e 3,3% (n=1) dos enfermeiros responderam bata e máscara cirúrgica. Segundo o protocolo da unidade de cuidados intensivos e a DGS (2007b) na prestação de cuidados a um doente com *Pseudomonas aeruginosa* deve-se utilizar precauções de transmissão por contato, ou seja, usar luvas, bata e máscara cirúrgica, caso execute procedimentos com a capacidade potencial de produção de salpicos ou de “aerossóis”, de secreções ou excreções, sangue, outros fluidos corporais.

Na prestação de cuidados a um doente com Gripe A selecione com um x as medidas de proteção que deve usar

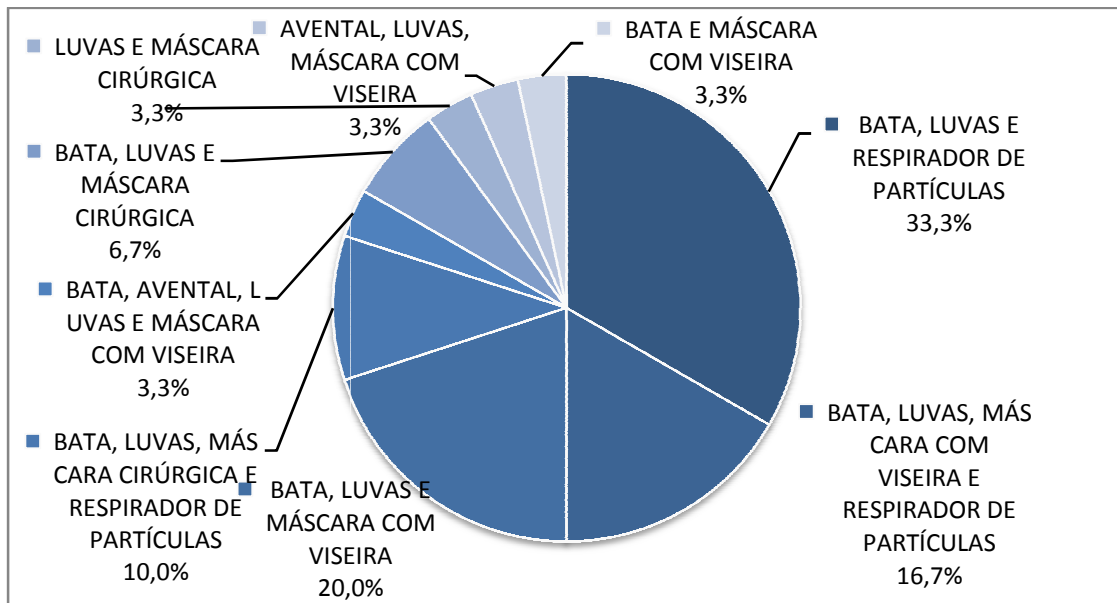


Gráfico 37 - *Na prestação de cuidados a um doente com Gripe A selecione com um x as medidas de proteção que deve usar*

Reportando à questão “*Na prestação de cuidados a um doente com Gripe A selecione com um x as medidas de proteção que deve usar*”, 33,3% (n=10) dos enfermeiros responderam bata, luvas e respirador de partículas; 20,0% (n=6) dos enfermeiros responderam bata, luvas e máscara com viseira; 16,7% (n=5) dos enfermeiros responderam bata, luvas, máscara com viseira e respirador de partículas; 10,0% (n=3) dos enfermeiros responderam bata, luvas, máscara cirúrgica e respirador de partículas; 6,7% (n=2) dos enfermeiros responderam bata, luvas e máscara cirúrgica; 3,3% (n=1) dos enfermeiros responderam bata, avental, luvas e máscara com viseira; 3,3% (n=1) dos enfermeiros responderam luvas e máscara cirúrgica; 3,3% (n=1) dos enfermeiros responderam avental, luvas e máscara com viseira e 3,3% (n=1) dos enfermeiros responderam bata e máscara com viseira. Tendo em conta o protocolo da unidade de cuidados intensivos e a DGS (2007b), na prestação de cuidados a um doente com gripe A deve-se utilizar precauções de transmissão por via aérea, ou seja, usar luvas, bata e respirador de partículas.

Quais são as estratégias que acha necessário implementar para diminuir o risco de transmissão cruzada de infecção, de modo a prevenir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde?

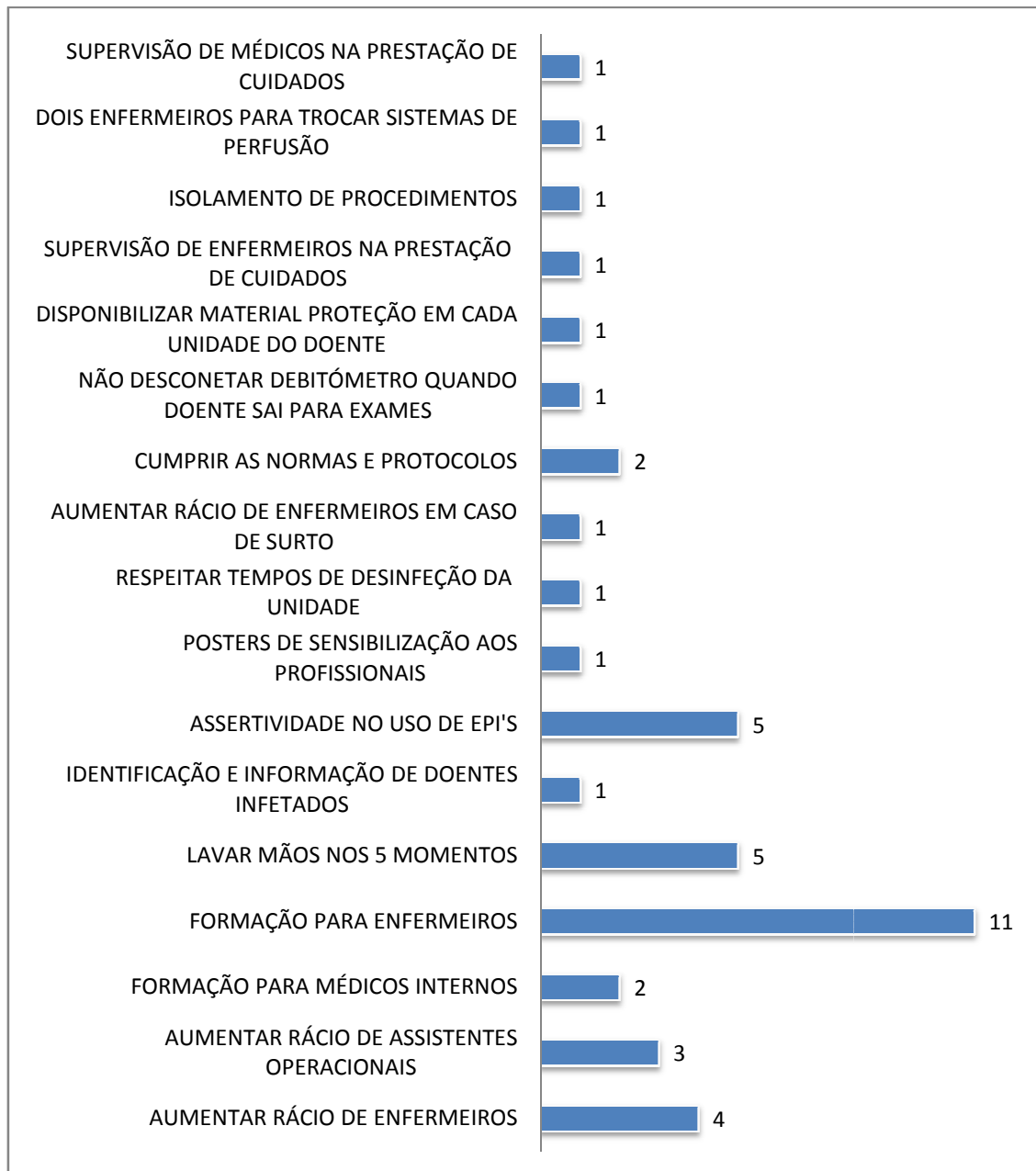


Gráfico 38 - *Quais são as estratégias que acha necessário implementar para diminuir o risco de transmissão cruzada de infecção, de modo a prevenir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde?*

Na questão “*Quais são as estratégias que acha necessário implementar para diminuir o risco de transmissão cruzada de infecção, de modo a prevenir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde?*”, 66,7% (n=20) dos enfermeiros responderam a esta questão e 33,3% (n=10) dos

enfermeiros não responderam. Dos vinte enfermeiros que responderam a esta última questão obteve-se as seguintes estratégias: 11 enfermeiros responderam formação para enfermeiros, 5 enfermeiros responderam lavar as mãos nos 5 momentos, 5 enfermeiros responderam assertividade no uso de EPI'S, 4 enfermeiros responderam aumentar o rácio de enfermeiros, 3 enfermeiros responderam aumentar o rácio de assistentes operacionais, 2 enfermeiros responderam formação para médicos internos, 2 enfermeiros responderam cumprir as normas e protocolos, 1 enfermeiros respondeu identificação e informação de doentes infetados, 1 enfermeiro respondeu posters de sensibilização aos profissionais, 1 enfermeiro respondeu respeitar os tempos de desinfecção da unidade do doente, 1 enfermeiro respondeu aumentar o rácio de enfermeiros em caso de surto, 1 enfermeiro respondeu não desconetar o debitómetro quando doente sai para exames, 1 enfermeiro respondeu disponibilizar material de proteção em cada unidade do doente, 1 enfermeiro respondeu supervisão de enfermeiros na prestação de cuidados, 1 enfermeiro respondeu isolamento de procedimentos, 1 enfermeiro respondeu que é necessário dois enfermeiros para trocar sistemas de perfusão, e finalmente, 1 enfermeiro respondeu supervisão de médicos na prestação de cuidados.

3.4 - Avaliação do Projeto de Intervenção em Serviço

A fase de avaliação do projeto implica a análise da consecução dos objetivos inicialmente definidos. Procedeu-se então a uma análise da concretização de cada objetivo e das respetivas atividades e estratégias delineadas para atingir os mesmos.

Desenvolver um questionário de avaliação diagnóstica sobre conhecimentos e medidas utilizadas pelos enfermeiros nos cuidados aos doentes em isolamento internados numa UCI e na utilização de medidas de prevenção na transmissão de infeção

Para a elaboração do instrumento de avaliação diagnóstica efetuou-se pesquisa sobre a temática em estudo para melhor perceção da problemática. Consultou-se documentos considerados essenciais para a elaboração do instrumento, designadamente, o Relatório de Prevalência de Infeção no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses do ano de 2012, os

dados da Comissão de Controlo de Infecção no ano de 2012, o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, o Manual para os Observadores da DGS e as normas e protocolos da UCIP. Após a consolidação de conhecimentos procedeu-se à elaboração do questionário de avaliação diagnóstica tendo em conta os problemas parcelares identificados na observação. Dialogou-se com a Prof.^a Orientadora e a Prof.^a Coorientadora sobre o questionário e procedeu-se a algumas alterações antes da sua implementação. Dialogou-se com a Enf.^a Chefe da UCIP para apresentação e apreciação do instrumento de avaliação diagnóstica. Antes da aplicação do questionário aos enfermeiros da UCIP procedeu-se à validação do mesmo com o auxílio da Enf.^a Chefe da UCIP. Efetuou-se um pré-teste a cinco enfermeiros com experiência na área do mesmo hospital, que não pertenciam à equipa de UCIP para perceber se as questões formuladas seriam perceptíveis, tendo procedido às alterações sugeridas.

Avaliar os resultados do questionário de avaliação diagnóstica realizado aos enfermeiros da UCIP

Após a aplicação dos questionários aos enfermeiros da UCIP procedeu-se à codificação dos mesmos. Para a avaliação dos resultados do instrumento de avaliação diagnóstica procedeu-se à introdução dos dados numa base de dados. Após a introdução de todos os dados recorreu-se à elaboração de gráficos sobre os mesmos, tendo-se procedido à sua análise. Dialogou-se com a Prof.^a Orientadora, a Prof.^a Coorientadora e a Enf.^a Chefe da UCIP sobre os dados obtidos. Efetuou-se a análise dos dados onde foram identificadas as principais necessidades de formação.

Realizar uma atividade formativa aos enfermeiros da UCI em função dos resultados obtidos através do questionário

Após a análise dos dados identificaram-se as principais necessidades de formação. Efetuou-se pesquisa bibliográfica sobre as necessidades identificadas. Procedeu-se então ao desenvolvimento de uma atividade formativa com recurso a PowerPoint. Dialogou-se com a Prof.^a Orientadora e a Prof.^a Coorientadora sobre a atividade formativa delineada para apreciação da mesma. Procedeu-se às alterações de melhoria identificadas. Dialogou-se com a Enf.^a Chefe acerca da ação de formação planeada. Com o auxílio da Enf.^a Chefe procedeu-se à realização da ação formativa aos enfermeiros da UCIP.

Realizar a avaliação da atividade formativa efetuada aos enfermeiros da UCI

Para proceder à avaliação da ação formativa dialogou-se com a Enf.^a Chefe no sentido de aplicar um questionário de avaliação da formação. A cada formação realizada no Hospital é aplicado um questionário de avaliação formativa próprio do Hospital (Anexo X). Nesse sentido optou-se pela aplicação do questionário instituído pelo Hospital, para que os enfermeiros não procedessem ao preenchimento de dois questionários de avaliação da atividade formativa. Esta decisão foi ainda comunicada com a Prof.^a Orientadora e a Prof.^a Coorientadora. Após a sessão formativa aplicou-se, então, o questionário instituído no Hospital, tendo-se procedido à avaliação dos dados através dos questionários de avaliação desta atividade.

Após a análise dos objetivos preconizados para este projeto, procedeu-se a uma análise dos dados obtidos através dos questionários de avaliação da atividade formativa. Esta atividade contou com a presença de 20 enfermeiros e de 1 médico, tendo durado uma hora. No início da sessão formativa realizou-se uma apresentação em PowerPoint, posteriormente fez-se uma breve análise e discussão dos resultados e procedeu-se ao preenchimento por parte dos participantes do questionário de avaliação da sessão.

O primeiro grupo de questões diz respeito à avaliação global da atividade formativa. Na primeira questão “Os objectivos da formação foram claros?”, 19,05% (n=4) dos participantes responderam “concordo” e 80, 95% (n=17) responderam “concordo totalmente”. No que toca à questão “Os conteúdos foram adequados aos objectivos?”, 19,05% (n=4) dos participantes responderam “concordo” e 80, 95% (n=17) responderam “concordo totalmente”. Na questão “Os trabalhos. Exercícios e actividades foram suficientes?”, 9,52% (n=2) dos participantes responderam “concordo” e 90, 48% (n=19) responderam “concordo totalmente”. Quanto à questão “A duração da ação / formação foi adequada?”, 19,05% (n=4) dos participantes responderam “concordo” e 80, 95% (n=17) responderam “concordo totalmente”. No que diz respeito à questão “O relacionamento entre os participantes foi positivo?”, 4,76% (n=1) dos participantes responderam “concordo” e 95, 24% (n=20) responderam “concordo totalmente”. Na questão “As instalações foram adequadas?”, 9,52% (n=2) dos participantes responderam “concordo” e 90, 48% (n=19) responderam “concordo totalmente”. Quanto à questão “Os meios audiovisuais foram adequa-

dos?”, 4,76% (n=1) dos participantes responderam “concordo” e 95,24% (n=20) responderam “concordo totalmente”. Na questão “A documentação foi suficiente?”, 14,29% (n=3) dos participantes responderam “concordo” e 85,71% (n=18) responderam “concordo totalmente”. No que toca à questão “O apoio administrativo e técnico pedagógico foi o adequado?”, 14,29% (n=3) dos participantes responderam “concordo” e 85,71% (n=18) responderam “concordo totalmente”.

O segundo grupo de questões diz respeito à avaliação do impacto da formação. Na primeira questão “Esta ação de formação permitiu adquirir novos conhecimentos?” 4,76% (n=1) dos participantes responderam “discordo”, 38,10% (n=8), responderam “concordo” e 57,14% (n=12) responderam “concordo totalmente”. No que diz respeito à questão “Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções?”, 4,76% (n=1) dos participantes responderam “discordo”, 42,86% (n=9) responderam “concordo” e 52,38% (n=11) responderam “concordo totalmente”. Quanto à questão “Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho?”, 33,33% (n=7) dos participantes responderam “concordo” e 66,67% (n=14) responderam “concordo totalmente”. Na questão “Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir para o meu desenvolvimento profissional?”, 38,10% (n=8) dos participantes responderam “concordo” e 61,90% (n=13) responderam “concordo totalmente”.

O último grupo de questões corresponde à avaliação de formadores. Na primeira questão “O formador revelou dominar o assunto?”, 38,10% (n=8) dos participantes responderam “concordo”, 57,14% (n=12) responderam “concordo totalmente” e 4,76% (n=1) não respondeu. Na questão “A metodologia utilizada foi adequada?”, 9,52% (n=2) dos participantes responderam “concordo”, 85,71% (n=18) responderam “concordo totalmente” e 4,76% (n=1) não respondeu. Quanto à questão “A exposição dos assuntos foi clara?”, 14,29% (n=3) dos participantes responderam “concordo”, 80,95% (n=17) responderam “concordo totalmente” e 4,76% (n=1) não respondeu. Já no que toca à questão “A relação estabelecida com os formandos foi positiva?”, 9,52% (n=2) dos participantes responderam “concordo”, 85,71% (n=18) responderam “concordo totalmente” e 4,76% (n=1) não respondeu.

De uma forma geral, a avaliação desta atividade formativa foi muito positiva para os participantes, pois permitiu-lhes aprofundar conhecimentos indispensáveis à melhoria da qualidade dos cuidados prestados e da segurança do doente. Pela avaliação dos participantes, quanto à avaliação global da atividade formativa, 80,95% dos participantes referem “concordo totalmente” nas questões “Os objectivos da formação foram claros?” e “Os conteúdos foram adequados aos objectivos?”. Quanto ao “O relacionamento entre os participantes foi positivo?”, 95, 24% responderam “concordo totalmente”. E na questão “Os trabalhos. Exercícios e actividades foram suficientes?” 90, 48% responderam “concordo totalmente”. Na avaliação realizada pelos participantes quanto à avaliação do impacto da formação 66,67% dos participantes concordam totalmente na questão “Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho?” e 61,90% referem que concordam totalmente na questão “Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir para o meu desenvolvimento profissional?”. Por último na avaliação do formador 57,14% dos participantes responderam “concordo totalmente” na questão “O formador revelou dominar o assunto?” e 85,71% responderam “concordo totalmente” nas questões “A metodologia utilizada foi adequada?” e “A relação estabelecida com os formandos foi positiva?”.

Tendo em conta os resultados, depreende-se que a atividade formativa foi benéfica para os enfermeiros da unidade de cuidados intensivos aprofundarem os seus conhecimentos sobre IACS, procurando ter contribuído, desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e da promoção da segurança do doente e ainda para a sensibilização dos enfermeiros/equipa de saúde para a problemática em estudo.

3.5 - Divulgação do Projeto de Intervenção em Serviço:

A última fase do projeto de intervenção em serviço consiste na divulgação do presente projeto no repositório online da Universidade do Minho, acessível a todos, possibilitando, desta forma, dar a conhecer este projeto de intervenção em serviço e possibilitar a análise do mesmo.

Nesta última etapa desenvolveu-se ainda um Guia Orientador de Boas Práticas, intitulado “Adoção de medidas de prevenção na transmissão de infeção e uso racional de equipamentos de proteção individual” para apoiar os enfermeiros da UCIP na prestação de cuidados de enfermagem, promovendo a qualidade dos cuidados de enfermagem e a segurança do doente, e deste modo prevenir as IACS.

Neste capítulo abordou-se o projeto de intervenção em serviço apresentando os resultados obtidos com a aplicação do questionário aos enfermeiros, a análise dos mesmos, bem como, a concretização dos objetivos específicos e a avaliação da atividade formativa desenvolvida aos enfermeiros do serviço. Através da metodologia de projeto foi possível abordar um problema real identificado e implementar estratégias e atividades com o objetivo de resolver ou minimizar o problema. Foi apresentada uma atividade formativa com base no diagnóstico de situação, permitindo assim à equipe de enfermagem a aquisição de conhecimentos e competências na prevenção das IACS na prestação de cuidados ao doente internado numa UCI.

4 - ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM

Neste capítulo, e dado tratar-se de um PIS orientado para a prevenção e controlo das IACS, apresenta-se este trabalho de projeto e o estágio realizado na unidade de cuidados intensivos onde desenvolveu-se competências comuns de enfermeiro especialista e competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

4.1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O enfermeiro especialista é aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. As competências clínicas especializadas decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, que são consideradas as competências comuns, pois independentemente da sua área de especialidade os enfermeiros especialistas demonstram a sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e também um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Os domínios de competências comuns do enfermeiro especialista constituem a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010a).

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção

No Artigo 8.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (2012) refere que o enfermeiro, no exercício das suas funções, deve adotar uma conduta responsável e ética e a sua prática profissional deve respeitar os direitos e os interesses do doente. Ao longo do estágio na unidade de cuidados intensivos adotou-se uma atitude responsável e ética, procurando sempre

que possível envolver o doente e a família na tomada de decisão sobre os cuidados de enfermagem prestados. Contudo, numa unidade de cuidados intensivos, a maior parte dos doentes estão em estado crítico e não podem decidir o que é melhor para eles, como tal procurou-se fundamentar as intervenções de enfermagem tendo em conta o Código Deontológico do Enfermeiro e os princípios éticos da beneficência e da não maleficência. Segundo o descritivo desta competência, mencionado no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o enfermeiro *“Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente”* (OE, 2010a, p. 4). Como refere a Carta dos Direitos do Doente Internado (DGS, 2005), *“o doente tem o direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana”* (p. 2) é um direito fundamental, que deve ser respeitado pelo enfermeiro na prestação de cuidados ao doente. Durante o estágio respeitou-se sempre a dignidade da pessoa, como ser único com direitos, crenças, valores morais e religiosos, planeando assim os cuidados de enfermagem e respeitando a individualidade de cada doente. A equipa de enfermagem na tomada de decisão ética e deontológica atendia à individualidade de cada doente tendo presenciado alguns casos de doentes em fase terminal em que a equipa permitiu a visita de mais do que os dois familiares por dia e até prolongou um pouco o horário de visita. Desenvolveu-se uma prática profissional e ética no desenrolar deste projeto, na recolha de dados, através do diálogo com os enfermeiros informando sobre a realização do projeto, o consentimento informado livre e esclarecido antes da realização do questionário, o respeito pelo sigilo e anonimato dos enfermeiros aquando do tratamento dos dados.

Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Segundo o artigo 84.º do Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro deve respeitar o direito à autodeterminação, ou seja, o respeito pelo princípio da autonomia, o respeito pelas decisões que a pessoa toma sobre si. O enfermeiro deve portanto informar o doente e a família acerca dos cuidados de enfermagem e deve respeitar, defender e promover o direito do doente ao consentimento informado. O enfermeiro deve ainda respeitar a intimidade do doente e protegê-lo da

intromissão na sua vida privada e na da sua família, como refere no artigo 86.º do Código Deontológico do Enfermeiro. Durante o estágio informou-se o doente sempre que a sua condição o permitia e a família dos cuidados de enfermagem a prestar, respeitando a privacidade e a intimidade do doente e família. O descritivo desta competência menciona que o enfermeiro deve exercer a sua prática profissional respeitando os direitos humanos e assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os doentes (OE, 2010a). Os enfermeiros devem ainda promover a confidencialidade e a segurança da informação transmitida na equipa. A passagem de turno deve ser um momento de transmissão de informação, de reflexão, de aprendizagem para a equipa de enfermagem com vista à promoção da qualidade e da continuidade dos cuidados de enfermagem. Durante as passagens de turno procurou-se transmitir todas as informações essenciais à continuidade e qualidade dos cuidados, respeitando sempre o doente. Como refere no artigo 85.º do Código Deontológico do Enfermeiro (2012), este deve considerar confidencial toda a informação acerca do doente e sua família e deve apenas partilhar a informação pertinente com os profissionais que estão implicados no plano terapêutico.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

A Ordem dos Enfermeiros foi criada com o intuito de promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população (Leite, 2007) e para tal definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem com o intuito de implementar sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem são como “(...) *um referencial à luz do qual os enfermeiros se envolvem num processo de reflexão, tomada de decisão e desenvolvimento do seu exercício profissional, conducente à melhoria contínua dos cuidados prestados à população.*” (OE, 2001, p.5) Conforme o descritivo desta competência o enfermeiro colabora na conceção e na concretização de projetos institucionais na área da qualidade (OE, 2010a). A higienização das mãos e o uso assertivo de Equipamentos de Proteção Individual são medidas fundamentais para a promoção da qualidade dos cuidados de

enfermagem. Com a elaboração deste trabalho de projeto procurou-se melhorar a prática dos cuidados de enfermagem prestados na unidade de cuidados intensivos. No eixo Qualidade em Saúde, do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 menciona que para promover a qualidade em saúde é necessário desenvolver ciclos de melhoria contínua da qualidade, *“através da identificação sistemática de problemas e oportunidades com o objetivo de os solucionar ou melhorar, estabelecer padrões desejáveis e realistas, identificar e atuar sobre os pontos críticos, planejar e implementar as mudanças, monitorizar e avaliar.”* (DGS, 2013e, p. 3) No estágio foram identificadas práticas nos cuidados de enfermagem que podem comprometer a qualidade dos cuidados prestados. Como tal, através da metodologia de projeto procedeu-se ao diagnóstico de situação, planeou-se e executou-se as intervenções e atividades para as necessidades identificadas, avaliou-se e divulgou-se os resultados do projeto na área de controlo de infeção. Com a elaboração deste trabalho de projeto aprofundou-se conhecimentos no que concerne à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

O descritivo desta competência refere que o enfermeiro reconhece que a melhoria da qualidade dos cuidados envolve a análise e revisão das práticas de cuidados em relação aos seus resultados e desta forma avalia a qualidade, tendo em conta os resultados e implementa programas de melhoria contínua da qualidade. O desenvolvimento deste trabalho de projeto na área de controlo de infeção contribuiu para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Inicialmente observou-se a equipa na prestação de cuidados e identificaram-se algumas práticas relacionadas com a transmissão de infeção que poderiam comprometer a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e efetuou-se assim o diagnóstico de situação. Dialogou-se com a Enf.^a Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos e com a Enf.^a responsável pelo controlo de infeção sobre a pertinência do projeto. Tendo por base os dados da observação constituiu-se um questionário dirigido aos enfermeiros. Após a análise dos dados planeou-se e executou-se uma ação de formação aos enfermeiros com o objetivo de colmatar as inconsistências na prática dos enfermeiros plasmadas nos dados resultantes da aplicação dos questionários. Divulgaram-se os resultados dos questionários. Elaborou-se um guia orientador de boas práticas intitulado “Adoção

de medidas de prevenção na transmissão de infeção e uso racional de equipamentos de proteção individual”

Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

O enfermeiro deve garantir a segurança dos cuidados e promover um ambiente seguro e controlar os riscos que ameaçam a sua capacidade profissional, promovendo assim a qualidade dos cuidados prestados. A prática dos enfermeiros é orientada por guias orientadores de boas práticas e estes participam sistematicamente na identificação, análise e controlo de potenciais riscos (OE, 2006) Conforme menciona no artigo 89^a do Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro assume o dever de *“dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade.”* O enfermeiro deve promover *“(…)um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo”* (p. 80). Durante a realização do estágio procurou-se controlar potenciais riscos existentes devido à complexidade da Unidade de Cuidados Intensivos. Procurou-se também, aprofundar os conhecimentos em farmacologia para evitar os erros de terapêutica, pois numa unidade de cuidados intensivos há uma maior diversidade de medicação, dosagens, número de medicações por doente e incompatibilidades de fármacos. Desenvolveram-se conhecimentos ao nível da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, não só para a elaboração do presente projeto, mas também para orientar a prática de cuidados, pois uma unidade de cuidados intensivos é mais suscetível ao desenvolvimento de infeções, dado que os doentes em estado crítico apresentam monitorização mais invasiva, terapêutica antibiótica ou imunossupressora, constituindo as mãos dos profissionais de saúde o principal veículo de transmissão de microrganismos, daí a pertinência da realização deste projeto.

Competências do domínio da gestão dos cuidados:

Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

A informação transmitida na passagem de turno entre os enfermeiros é essencial para a continuidade e qualidade dos cuidados de enfermagem. Na unidade de cuidados intensivos a passa-

gem de turno dos enfermeiros é feita numa zona central junto aos monitores de controlo dos parâmetros vitais dos doentes e desta forma os enfermeiros podem ir vigiando os doentes. Cada enfermeiro responsável pelo doente transmite para toda a equipa a informação pertinente para a continuidade de cuidados de qualidade. Esta reunião constitui um momento de reflexão, envolvendo toda a equipa no processo de cuidar e na tomada de decisão. Durante o estágio procurou-se transmitir sempre a informação mais pertinente para que equipa conhecesse o doente e o processo de cuidados prestados. O diálogo com a família foi importante para conhecer melhor o doente e completar a informação pertinente como por exemplo, a avaliação inicial no processo de cuidados do doente. De acordo com a informação recolhida do processo clínico, da colheita de dados efetuada e da passagem de turno foi possível em função das necessidades detetadas estabelecer prioridades no atendimento ao doente crítico e deste modo, gerir os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e colaboradores, e a articulação dentro da equipa multiprofissional.

Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados

Durante o estágio surgiu a oportunidade de ser orientada por uma enfermeira que muitas vezes era nomeada como enfermeira responsável do turno, permitindo desta forma desenvolver conhecimentos ao nível da gestão. O enfermeiro responsável além de prestar cuidados aos doentes que lhe foram atribuídos também tem a responsabilidade de coordenar a equipa de enfermagem e assistentes operacionais. O enfermeiro responsável tem como funções coordenar a equipa de enfermagem, gerir os recursos humanos segundo as necessidades, gerir os recursos materiais, realizar a contagem de estupefacientes, gerir horários de refeição da equipa, elaborar o plano de trabalho para o turno seguinte, entre outras. Na elaboração do plano de trabalho o enfermeiro organiza o plano de acordo com o enfermeiro de referência (enfermeiro que recebeu o doente na unidade de cuidados intensivos e que quando presente dá continuidade do processo de cuidados) e a gravidade do estado dos doentes. O método de trabalho dos enfermeiros assenta essencialmente no método individual, contudo havia muita entreajuda, colaboração, coordenação, partilha de incertezas, indecisões, opiniões e ideias, procurando melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. No exercício profissional do enfermeiro existem dois

tipos de intervenções, as autônomas e as interdependentes. As intervenções autônomas são da responsabilidade do enfermeiro, são intervenções realizadas autonomamente segundo as nossas competências do enfermeiro. As intervenções interdependentes são aquelas intervenções que são realizadas em parceria com outros profissionais com um objetivo comum. Durante o estágio colaborou-se com outros profissionais da equipa multidisciplinar, assumindo as responsabilidades nas intervenções sempre em busca de uma prática de cuidados de qualidade, autônoma e responsável.

Competências do domínio das aprendizagens profissionais:

Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade

O artigo 88.º do Código Deontológico do Enfermeiro diz que o enfermeiro que procura a excelência do exercício profissional deve *“analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”* (2012, p. 75). Ao longo da prática profissional procurou-se a excelência do exercício profissional, visando assim aprimorar as intervenções de enfermagem e promover a qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, no início do estágio consultou-se os protocolos, os manuais, as informações vigentes na unidade de cuidados intensivos para aprofundar conhecimentos e assim, perceber melhor a dinâmica e o funcionamento de uma unidade de cuidados intensivos, intervindo em conformidade. Aprofundou-se também os conhecimentos na higienização das mãos e no uso de EPI para o desenvolvimento deste projeto e para a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Desenvolveu-se também conhecimentos em áreas como: ventilação invasiva, farmacologia e patologia. Os enfermeiros de uma unidade de cuidados intensivos são profissionais com autoconhecimento e assertividade que operam eficazmente sob grande pressão gerindo as suas emoções e sentimentos. Com a realização deste estágio na unidade de cuidados intensivos desenvolveu-se competências tanto a nível pessoal como profissional.

Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

A profissão de enfermagem está em constante atualização, o enfermeiro estuda-se a si mesmo na procura da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A formação em serviço é importan-

te para o desenvolvimento profissional do enfermeiro e para a melhoria da qualidade dos cuidados. Como enfermeiro integrado numa equipa procurou-se através da formação em serviço, da reflexão, da partilha de conhecimentos na equipa, a aquisição de novos conhecimentos e a adoção de novos comportamentos. A formação contínua é extremamente importante para o desenvolvimento de uma prática sustentada em conhecimentos sólidos baseados na evidência.. Tal como refere no REPE (2012), *“Os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral”* (p. 19). Como tal, foi imprescindível efetuar o diagnóstico de situação referente as IACS e o desenvolvimento deste projeto de intervenção em serviço.

4.2 - Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica

A pessoa em situação crítica é definida como sendo a pessoa *“cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.”* (OE, 2010b, p. 2) Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são portanto altamente qualificados, adequados às necessidades afetadas e proporcionando a manutenção das funções vitais, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com o objetivo de recuperação total da pessoa. O enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica detém competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem da pessoa em situação crítica, que lhe permitem prestar cuidados qualificados à pessoa nesta situação, razão pela qual se refletiu acerca da aquisição das mesmas.

Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Os doentes internados numa unidade de cuidados intensivos são doentes em situação crítica, doentes em que há falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, doentes com instabilidade hemodinâmica e como tal necessitam de vigilância e monitorização permanentes. Os cuidados de enfermagem prestados a estes doentes são cuidados de enfermagem que carecem de conhecimentos diferenciados, procurando a excelência e tendo em vista à recupera-

ção total da pessoa. No decorrer do estágio prestou-se cuidados a doentes com patologias graves como diversos tipos de choque, politraumatismos, desequilíbrios hidroeletrólitos, entre outros. O prevenir de complicações foi uma preocupação constante, identificando alterações no estado do doente, antecipando a instabilidade e o risco de falência orgânica. Durante a prática profissional avaliou-se sempre a dor do doente através da expressão facial, do movimento dos membros superiores e da adaptação respiratória. Em cuidados intensivos vários são os procedimentos invasivos que causam dor e tendo tentado sempre gerir a dor e o bem-estar do doente crítico. O enfermeiro é o elo importante na relação terapêutica entre o doente e a família. Para a família é uma situação geradora de stress e ansiedade e é o enfermeiro que auxilia a família nas perturbações emocionais resultantes da situação crítica do seu familiar. Durante a realização do estágio procurou-se estabelecer sempre uma relação terapêutica com a família, auxiliando a mesma no decurso da doença do cliente, estando sempre disponível para orientar e esclarecer dúvidas. Sendo os casos mais graves difíceis de gerir, procurou-se proporcionar à família o acompanhamento do seu familiar num horário mais alargado, em situações especiais, as quais são decididas em equipa multiprofissional.

Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação

Segundo o artigo 3º, da Lei de Bases da Proteção Civil (PROCIV), catástrofe é “o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida...” (p. 4696) Em situações de catástrofe, o Ministro da Saúde coordena a atuação dos serviços centrais do Ministério com os órgãos do Serviço Nacional de Saúde e as diversas autoridades de saúde. Os enfermeiros são indispensáveis no socorro aos doentes em casos de catástrofe. Os enfermeiros de qualquer unidade hospitalar devem conhecer o plano de emergência e catástrofe vigente, para em caso de necessidade atuarem em conformidade e não descurarem a assistência à vítima. O enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica deve desenvolver competências na perceção dos planos vigentes, planeando as respostas concretas e gerindo os cuidados em situações de emergência e/ou catástrofe. Na unidade hospitalar onde decorreu este estágio, os profissionais estão preparados para estas situações, a unidade está bem organizada, a formação e os simulacros são constantes. Antes da realização do estágio nesta unidade de cuidados inten-

sivos, realizou-se uma formação para conhecer o plano de catástrofe ou emergência em vigor no Hospital, como atuar quer seja a nível interno ou externo, a organização do serviço de urgência em resposta às situações que podem ocorrer, os responsáveis internos e externos pela sua organização e suas funções.

Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde é uma infeção causada pelos cuidados prestados pelos profissionais de saúde aos doentes. Nos últimos anos, em Portugal, a infeção ao nível hospitalar tem aumentado consideravelmente o que compromete a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes. Os enfermeiros têm um papel fundamental na prevenção das IACS, estimando-se que cerca de um terço destas infeções podem ser evitadas (Bolander, 1998). Como refere o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados (PNPCIACS), o aumento do risco de IACS deve-se à esperança de vida elevada, tecnologias mais avançadas e também mais invasivas e o maior número de doentes com terapêutica imunossupressora. Numa UCI, os doentes internados estão habitualmente em situação crítica, necessitando de monitorização e procedimentos invasivos, o que torna estas unidades mais suscetíveis ao desenvolvimento de IACS. Como comprova o Relatório de Prevalência de Infeção de 2012, os doentes internados em UCI têm risco acrescido de desenvolver IACS, sendo estatisticamente um em cada quatro doentes (DGS, 2013a). A DGS emite as normas de prevenção e controlo de infeção para as CCI implementarem nas unidades e assim cumprir os objetivos do programa operacional de prevenção e controlo de IACS (DGS, 2007a). O enfermeiro especialista deve desenvolver conhecimentos específicos nesta área que lhe permitam ser uma referência na equipa de cuidados. Em parceria com a CCI o enfermeiro procura o cumprimento das normas instituídas para prevenir a IACS. Durante o estágio nesta UCIP procedeu-se à identificação das necessidades relativas ao controlo e prevenção das IACS usando um questionário dirigido aos enfermeiros como instrumento de avaliação diagnóstica. Com base nos resultados dos questionários definiu-se o diagnóstico de situação e elaborou-se uma atividade formativa tendo em conta os dados obtidos. Divulgaram-se os resultados dos questionários aos enfermeiros, visando a

adoção de novos comportamentos. Com a realização do presente PIS procurou-se controlar e prevenir a IACS numa UCI, com a finalidade de promover a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente. Sendo a enfermagem uma profissão que está em constante mutação, os enfermeiros devem fundamentar as suas intervenções na evidência para deste modo responderem de forma competente aos problemas de saúde dos doentes e suas famílias. Os profissionais de saúde devem, por isso procurar a aquisição de novos conhecimentos, procurando o exercício de uma prática profissional de excelência. O estágio permitiu a aquisição de novos conhecimentos no âmbito do doente crítico e no controlo e prevenção das IACS. Estes conhecimentos conduziram à autonomia, à responsabilidade, à segurança e à qualidade dos cuidados prestados.

Neste capítulo analisou-se a aquisição de competências comuns e competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. O enfermeiro especialista é aquele que tem um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, concretamente em enfermagem da pessoa em situação crítica. Durante o estágio procurou-se desenvolver competências nas diversas áreas que permitiram prestar cuidados qualificados à pessoa que vivencia uma situação de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, designadamente, competências mais relacionadas com as IACS e a sua prevenção a nível geral e em particular numa UCI.

5 – CONCLUSÃO

A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde é uma infecção causada pelos cuidados prestados pelos profissionais de saúde aos doentes. Nos últimos anos, as IACS têm aumentado consideravelmente. A prevalência das IACS é mais elevada nas Unidades de Cuidados Intensivos, estatisticamente, um em cada quatro doentes internados numa UCI pode vir a contrair uma IACS. Esta é uma realidade transversal a todas as unidades de saúde.

As IACS provocam o agravamento do estado de saúde dos doentes, condicionam a morbilidade e a mortalidade e, acarretam elevados custos para as instituições de saúde e para a família. As IACS colocam em causa a segurança do doente e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

A prevenção das IACS é de extrema importância na medida em que um número significativo de infeções são causadas pelos profissionais de saúde aquando da prestação de cuidados ao doente internado numa unidade de saúde. As IACS não devem ser encaradas como consequência do desenvolvimento tecnológico e terapêutico, mas sim como uma realidade passível de ser minimizada se os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros adotassem as medidas de prevenção definidas pela DGS, com o objetivo de promover a prevenção das IACS através dos cuidados de enfermagem prestados.

Durante o estágio na UCIP foi possível identificar que as práticas dos enfermeiros na adoção de medidas de controlo e prevenção das IACS não eram as mais adequadas. Partindo desta problemática, através da metodologia de projeto desenvolveu-se um projeto de intervenção em serviço que teve como finalidade contribuir para a promoção da segurança do doente e a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes numa Unidade de Cuidados Intensivos. Esta metodologia permitiu abordar um problema real, identificando necessidades, de

modo a definirem-se estratégias tendo em vista a resolução deste problema. Desenvolveu-se um questionário dirigido aos enfermeiros e através dos dados obtidos elaborou-se uma atividade formativa, com o intuito de colmatar as inconsistências na prática de cuidados dos enfermeiros.

Na análise dos resultados obtidos no questionário constatou-se que 30% dos enfermeiros inquiridos não usam sempre luvas na prestação de cuidados ao doente ou contato com os seus pertences. Sabe-se que, os profissionais de saúde devem usar sempre luvas na prestação de cuidados aos doentes para prevenir que microrganismos potencialmente patogénicos, comensais ou transitoriamente presentes nas mãos dos profissionais de saúde sejam transmitidos aos doentes e para reduzir o risco dos próprios profissionais de saúde de adquirirem infeções dos doentes. Verificou-se ainda que 23,3% dos enfermeiros acham que só é necessário o uso de luvas no contato com a unidade do doente se este estiver infetado. O meio envolvente ao doente pode ser contaminado e ser constituído fonte ou reservatório de infeção. 40% dos enfermeiros referem que às vezes tocam com as luvas, após o contato com um doente, no computador da unidade. Os enfermeiros não devem tocar no meio envolvente do doente com as luvas, após o contato com um doente para evitar a proliferação de microrganismos.

Na atividade formativa os enfermeiros da UCIP realçaram a importância na abordagem a esta temática e na aquisição de novos conhecimentos tendo em conta as evidências. É de salientar ainda que, o controlo de infeção em Portugal, já percorreu um longo caminho como se viu anteriormente, e está em constante mutação, pelo que se deve procurar continuamente a excelência na prática do cuidar.

Como referido anteriormente, uma das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica é maximizar a sua intervenção na *“prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”* (OE, 2010b, p. 2). Com a elaboração deste projeto verificou-se a importância de abordar esta temática, a necessidade de sensibilizar os enfermeiros da UCIP para a necessidade de adoção de medidas de controlo e prevenção das IACS, particularmente no que reporta aos doentes internados numa UCI, com o

intuito de promover a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem aos doentes internados numa UCI.

Ao longo do desenvolvimento deste projeto e do estágio na UCIP aprofundou-se conhecimentos existentes, desenvolveu-se novos conhecimentos e novas competências específicas na área da enfermagem da pessoa em situação crítica. Esta aprendizagem permitiu um crescimento a nível pessoal e profissional, na medida em que o caminho percorrido permitiu o alcance dos objetivos pessoais definidos na Introdução, o desenvolvimento de competências de mestre em enfermagem na área de especialização em enfermagem em pessoa em situação crítica, a aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de uma prática de cuidados especializados de qualidade e orientada para a excelência do cuidar.

Com a realização deste projeto surgiram algumas sugestões para trabalhos futuros na área do controlo e minimização das IACS, tais como: a formação e a atualização contínua dos enfermeiros na área da prevenção e controlo de IACS, o uso devido de EPI, o reforço da importância da higiene das mãos nos 5 momentos, o aumento do rácio de enfermeiros e a monitorização/vigilância contínua e avaliação das medidas de prevenção e controlo de IACS, nas UCI em geral e particularmente no caso dos doentes em isolamento.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bastos, R. (2010). Metodologia das comissões de controlo da infeção. *Caderno de Saúde vol. 3 Número especial Infeção Associada à Prática de Cuidados de Saúde*, 77-83. Recuperado em 25 de Maio de 2014, de

http://www.cadernosdesaude.org/menu/docs/C_Saude_3_Especial_Infeccao.pdf

Bolander, V. (1998) Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiológica. 3ª edição. Lisboa: Lusodidacta.

Direção Geral de Saúde (2002). Prevenção de Infeções Adquiridas no Hospital. Um Guia Prático. Acedido em: <https://www.dgs.pt/paginaRegisto.aspx?back=1&id=12419>

Direção Geral de Saúde (2003). Cuidados Intensivos. Recomendações para o seu desenvolvimento. Acedido em 15 de Janeiro de 2014 em:

<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

Direção Geral de Saúde (2005) Carta dos Direitos do Doente Internado. Acedido em 20 de Junho de 2014 em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf

Direção Geral de Saúde (2007a). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Acedido em 15 de Janeiro de 2014 em: <http://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/ficheiros-de-upload/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2007b) Recomendações para as Precauções de Isolamento. Precauções Básicas e Precauções Dependentes das Vias de Transmissão (em revisão) Acedido em 15 de Janeiro de 2014 em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008550.pdf>

Direção Geral de Saúde (2009). Guia de Implementação. Um guia para a implementação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higiene das mãos nas Unidades de Saúde Portuguesas. Acedido em 20 de Junho de 2014 em:
<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013305.zip>

Direção Geral de Saúde (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Acedido em 20 de Junho de 2014 em:
<http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/i013069.pdf>

Direção Geral de Saúde (2011) Avaliação da Cultura de Segurança do Doente numa amostra de Hospitais Portugueses. Estudo Piloto. Departamento da Qualidade na Saúde. Acedido em: www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/documentos/relatorio-da-avaliacao-de-cultura-de-seguranca-pdf.aspx

Direção Geral de Saúde (2013a) Prevalência de Infecção Adquirida no Hospital e do uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses. Acedido em 15 de Janeiro de 2014 em:<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i019020.pdf>

Direção Geral de Saúde (2013b). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos Orientações Pragmáticas. Acedido em 20 de Junho de 2014 em: <http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/ppcira-orientacoes-programaticas-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2013c). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Acedido em 20 de Junho de 2014 em: <http://www.dgs.pt/estatisticas->

de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2013-pdf.aspx

Direção Geral de Saúde (2013d). O Dia Europeu dos Antibióticos. Informação Para os Profissionais de Saúde. Acedido em:

<http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dea2013-01-profissionais-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2013e) Plano Nacional de Saúde 2012-2016, 3.3 Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde. Acedido a 20 de Junho de 2014 em:

http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Sa%C3%BAdade_2013-01-17_.pdf

Direção Geral de Saúde (citado em 2014) Segurança do Doente - Introdução. Departamento da Qualidade na Saúde. Acedido em: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>

Fragata, J. (2010) A segurança dos doentes – Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* v. 26, nº 6. Dossier: erro médico. Acedido em:

<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10799&path%5B%5D=10535>

Ferreira, P. (1991) Definir e Medir a Qualidade de Cuidados de Saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais* nº 33. Acedido em:

<http://www.ces.uc.pt/rccs/includes/download.php?id=442>

Fortin, M. (1999) O Processo de Investigação: da conceção à realização. Loures: Lusociência

Lage, M. J. e Sousa, P. (2013). *Implementar programas de qualidade e de segurança do doente: que ganhos podemos esperar?* Revista Tecno Hospital nº 60 Acedido em:

http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1718/1/Tecno%20Hospital%202013_22.pdf

Leite, E., Santos, M. (2004). Metodologia do Trabalho de Projeto. Nos Trilhos da Área de Projeto.

Acedido em:

http://area.dgidc.min-edu.pt/inovbasic/biblioteca/excertos/area_projecto_parte_1.pdf

Leite, L. (2007) Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a segurança dos cuidados. Perspetiva do Conselho de Enfermagem in Ordem dos Enfermeiros Número 24 Acedido em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_24_Fevereiro_2007.pdf

Ministério da Saúde (2002) Lei n.º 27/2002 – Lei de Bases da Saúde. Acedido a 25 de Maio de 2014 em:

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>

Neves, D. (2007) Sebenta da Cadeira de Microbiologia e Parasitologia. Universidade de Coimbra. Faculdade de Medicina. Acedido em:

<http://www.resumos.net/ficheiros/ensino-superior/medicina/fmuc/microbiologia-e-parasitologia/sebenta.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2001) Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Acedido em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2006) Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente. Acedido em 20 de Junho de 2014 em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_2maio2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010a) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido em 20 de Junho de 2014 em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010b) Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Acedido em 20 de Junho de 2014 em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2012) Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 20 de Junho de 2014 em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf

Oliveira, A. (2005). Infecções Hospitalares. Epidemiologia, Prevenção e Controle. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A.

Pollit, D.; Beck, C. (2004). Nursing Research: Principles and Methods. (7^a Ed). Philadelphia: Lippincott.

Proteção Civil (PROCIV) (2006) Lei n.º 27/2006 - Lei de Bases da Proteção Civil, artigo 3º. Acedido em 20 de Junho de 2014 em:

http://www.prociv.pt/Legislacao/Documents/Lei_27_2006_Lei_de_Bases_Proteccao_Civil.pdf

Ramos, M. (2010). Resistência em bactérias de Gram-negativo. *Caderno de Saúde vol. 3 Número especial Infecção Associada à Prática de Cuidados de Saúde*, Acedido em 25 de Maio de 2014, de http://www.cadernosdesaude.org/menu/docs/C_Saude_3_Especial_Infeccao.pdf

Ruivo, M. A., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. Revista Percursos nº 15. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. (Documento fornecido em aula)

Tomey, A. M., & Alligood, M.R. (2004). *Téóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5ªed.). Loures: Lusociência.

Neto, M. (2011). A Evolução do Controlo de Infecção em Portugal. *Colóquio O Controlo de Infecção em Portugal; 2011, 7 de Outubro*. Porto: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de Dona Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE.<http://hdl.handle.net/10400.17/990>

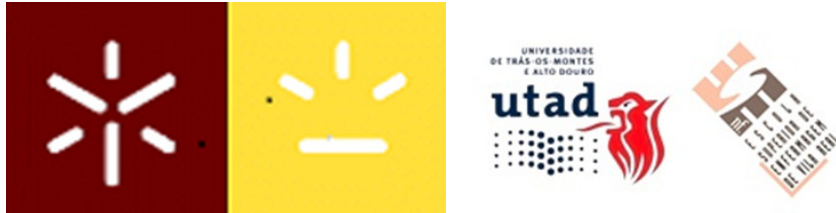
Silva, R. (2009). A Importância do *Acinetobacter baumannii* na Infecção Adquirida nos Cuidados de Saúde. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal. Acedido em: <https://repositorio-aber-to.up.pt/bitstream/10216/21147/2/A%20Importancia%20do%20Acinetobacter%20baumannii%20na%20IACS%20cor.pdf>

Sousa, P., Serranheira, F., Sousa-Uva, A. (2014) A segurança dos doentes como primado da qualidade em saúde. *4º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Acedido em: <http://www.qualsafetyportugal.eu/sites/qualsafetyportugal.eu/files/Proceedings-4-Congresso-Internacional-2014.pdf>

ANEXOS

ANEXO I

Guia Orientador de Boas Práticas



Universidade do Minho

Escola Superior de Enfermagem

Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro

Escola Superior de Enfermagem de Vila Real

Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Adoção de medidas de prevenção na transmissão de infeção

e

Uso racional de Equipamentos de Proteção Individual

Guia Orientador de Boas Práticas

Elaborado por

Liliana Rocha

Trabalho realizado sob a orientação da

Professora Doutora Isabel Lage

e Coorientação da

Professora Fátima Braga

2015

Lista de Siglas

DGS – Direção Geral de Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SABA - Solução Anti-séptica de Base Alcoólica

Enquadramento Teórico e Conceptual

A maioria das infeções associadas aos cuidados de saúde é causada por bactérias e vírus, mas também podem ser causadas por fungos e parasitas. **A pele dos doentes e dos profissionais de saúde está coberta por microrganismos que fazem parte da sua flora normal. A roupa dos doentes, a roupa da cama, o mobiliário e outros objetos no ambiente que envolve o doente estão contaminados com esses mesmos microrganismos.** (DGS, 2009)

As IACS podem ser provocadas pelos microrganismos da flora normal da pele e mucosas do doente ou microrganismos transmitidos por outro doente e/ou o seu ambiente envolvente. As mãos dos profissionais de saúde são a principal fonte de transmissão de microrganismos da pele do doente para as mucosas ou zonas do corpo habitualmente estéreis e de outros doentes ou do meio envolvente. A transmissão dos microrganismos é feita de três formas distintas: **contato, via aérea e transmissão por veículos comuns.** A **transmissão por contato** pode ser direta, indireta ou por gotículas. Na **direta** como o próprio nome indica há um **contato físico entre a fonte e o doente**, como por exemplo o contato pessoa-pessoa. A **transmissão por via indireta** é aquela que **ocorre através de um objeto inanimado**, como por exemplo um estetoscópio que foi anteriormente contaminado por um doente. A **transmissão por gotícula** que **dá-se através do ar**, quando a fonte e o doente estão próximos, sob a forma de espirros e tosse. A **transmissão por via aérea** é aquela em que a disseminação de microrganismos **dá-se pela suspensão no ar**, sendo inalados por um hospedeiro dentro da mesma sala ou até a longa distância do doente fonte. **Objetos inanimados contaminados**, como por exemplo a alimentação, a água ou até mesmo os medicamentos, podem ser **vetores para a transmissão de um agente microbiano aos doentes.**

Como se pode verificar o **risco de transmissão de infeção** pode ocorrer em qualquer momento da prestação de cuidados ao doente e também **aumenta esse risco na presença de dispositivos invasivos**, tais como cateter vesical, cateter intra-venoso, tubo endotraqueal, entre outros.

A sobrelotação de doentes nas unidades, a impossibilidade de ter profissionais exclusivos para prestar cuidados aos doentes infetados, as transferências frequentes de doentes para outras enfermarias e a acumulação de doentes imunocomprometidos em unidade específicas, como as unidades de cuidados intensivos são algumas das condições que permitem o desenvolvimento de infeções.

Para o **controlo de infeção** existem **precauções base** que englobam todas as recomendações atualmente aceites nas unidades de saúde e que são utilizadas em todos os doentes, quer seja ou não conhecido algum estado infeccioso, e desta forma proteger os profissionais e os outros doentes de infeções. A **principal precaução base** para o controlo de infeção é a **higiene das mãos**. Os doentes sob suspeita ou com confirmação de infeção têm **precauções especiais** tendo em conta as vias de transmissão de infeção, que podem ser **por via aérea, por gotícula e por contato**.

O principal veículo de transmissão de microrganismos são as mãos dos profissionais de saúde, que podem transmitir **de um doente para outro, de um local do corpo para outro no mesmo doente e de um meio contaminado para o doente**. Segundo a DGS (2009), **os enfermeiros e os médicos lavam as mãos menos de metade das vezes que deveriam e no caso das unidades de prestação de cuidados a doentes críticos existe uma grave limitação do tempo e a carga de trabalho é mais elevada e como tal a adesão é ainda mais reduzida** por estas condicionantes. As estratégias para a higiene das mãos que vêm sido adotadas como a formação dos profissionais, adoção da solução anti-séptica de base alcoólica (SABA) como critério de referência, uso de indicadores de desempenho e o grande empenho de todos os envolvidos, têm sido eficazes na redução das IACS.

A **higiene das mãos** pode ser feita de duas formas: a **fricção das mãos com SABA** ou a **lavagem das mãos com água e sabão**. Segundo a DGS (2009), o modo mais eficaz para uma ótima higiene das mãos é o uso de SABA. Esta tem como **vantagens imediatas** a **eliminação da maioria de microrganismos**, a **disponibilidade do produto próximo do local de prestação de cuidados**, **pouco tempo dispensado (20 a 30 segundos)**, **tem boa tolerância cutânea** e **não necessita de infra-estruturas particulares**, como lavatório, sabão e toalhetes de papel. Segundo as Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (OMS, 2006, citado por DGS, 2009), os profissionais de saúde devem idealmente realizar a higiene das mãos com SABA e esta deve estar à disposição dos profissionais de saúde próximo do local da prestação de cuidados e deve ser efetuada logo após a prestação de cuidados.

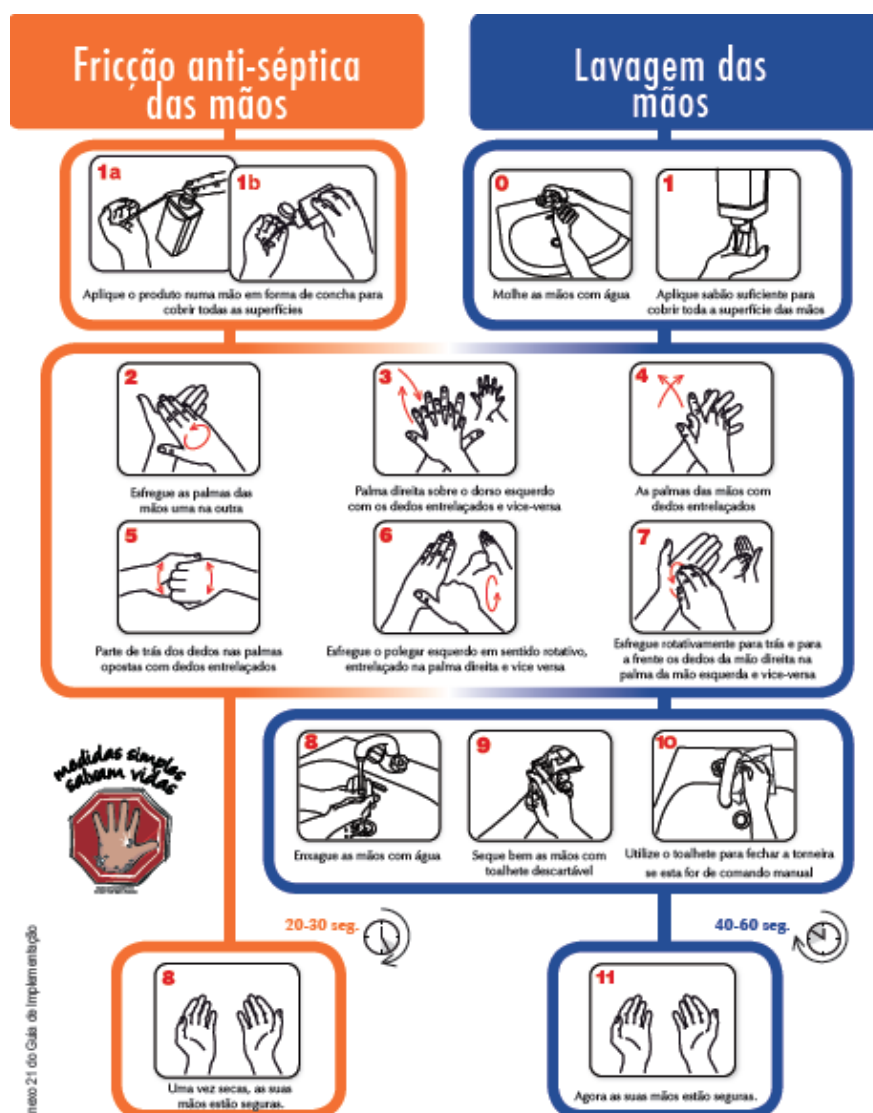


Figura 1: Higienização das mãos. Fonte: DGS, 2009, p. 94

Segundo a DGS (2010) as mãos devem ser lavadas com água e sabão apenas quando estão visivelmente sujas ou contaminadas com produtos orgânicos, como os fluidos corporais, antes e após as refeições, após ir à casa de banho, à entrada e à saída do local de trabalho e na prestação de cuidados a doentes com *Clostridium difficile*.

Os profissionais de saúde devem **higienizar as mãos nos cinco momentos** de acordo com o estabelecido pela DGS: antes do contato com o doente, antes de procedimentos assépticos, após risco de exposição a fluidos orgânicos, após contato com doente e após contato com o ambiente envolvente ao doente. A primeira indicação, **antes do contato com o doente, para evitar o risco de transmissão de microrganismos do ambiente de prestação de cuidados de saúde para o doente e o profissional não deve tocar em qualquer superfície após a higiene das mãos**. A **higiene das mãos** deve ser efetuada pelos profissionais de saúde **imediatamente antes de realizar um procedimento asséptico**, dado que existe o **risco de transmissão de microrganismos para o doente por inoculação** e deve ter em atenção que após a higiene das mãos **só deve tocar em superfícies indispensáveis à realização da técnica**, pois se tal não acontecer irá **comprometer a assepsia**. São exemplos de procedimentos assépticos a higiene oral, a aspiração de secreções, a realização de pensos a feridas, a colocação ou a manipulação de acessos venosos e sistemas de drenagem. Depois da execução de qualquer **procedimento que envolva o risco de exposição a um fluido orgânico** o profissional deve **higienizar de imediato as mãos pelo risco de transmissão de microrganismos do doente para o profissional de saúde e consequente disseminação para o ambiente de prestação de cuidados**. Uma outra indicação para a **higienização das mãos** por parte do profissional é **após ter estado em contato com o doente pelo risco de transmissão de microrganismos para o profissional de saúde e disseminação para o ambiente de prestação de cuidados**. Por último, o profissional de saúde deve **higienizar as mãos após o contato com o ambiente envolvente do doente pelo risco de transmissão de microrganismos tanto para o profissional de saúde assim como a sua disseminação para o ambiente de prestação de cuidados**. Como refere a DGS (2009), a eficácia da higiene das mãos por parte dos profissionais de saúde, está dependente do conhecimento, da compreensão e do reconhecimento destas cinco indicações.

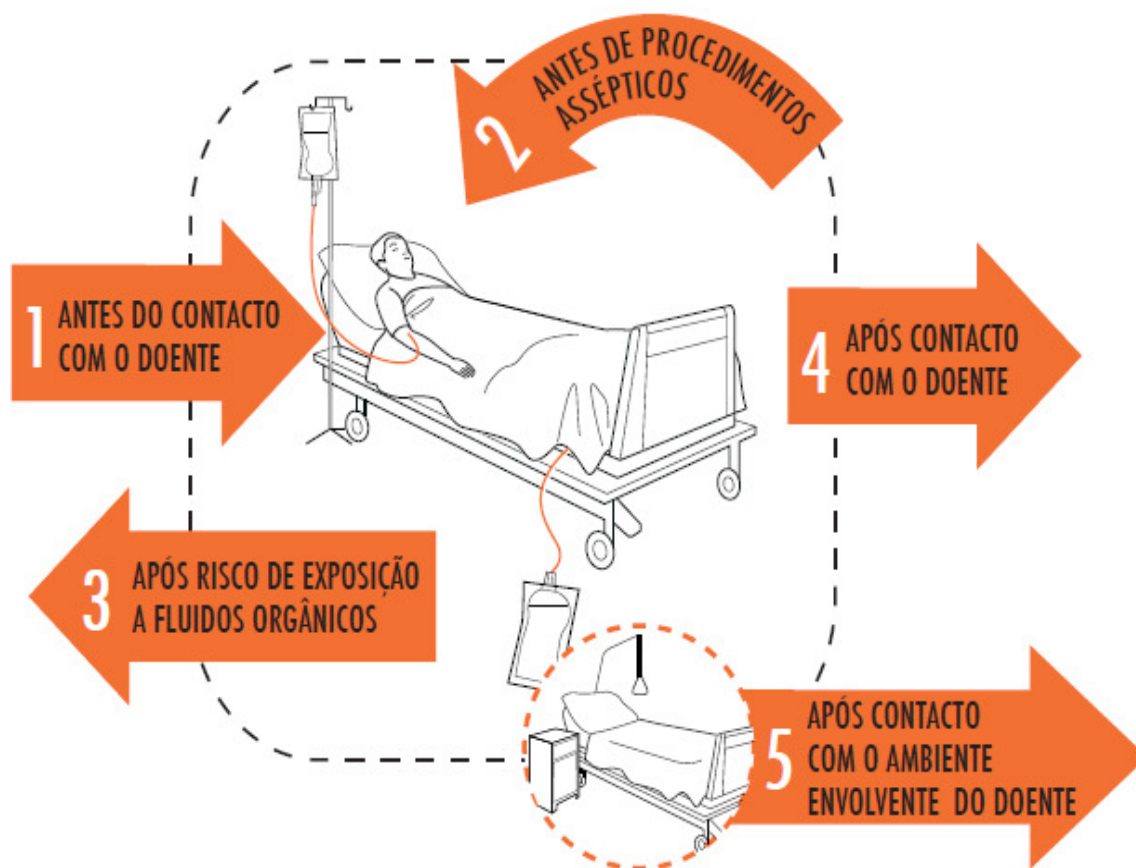


Figura 2: Os cinco momentos da higiene das mãos. Fonte: DGS, 2009, p. 89

Cada **enfermeiro** é **responsável pela seleção dos equipamentos individuais de proteção** mais adequados tendo em conta o **contato com o doente**. Com o intuito de **evitar a transmissão cruzada da infeção** deve-se **adequar os equipamentos individuais de proteção aos procedimentos a efetuar**, cumprir as **regras de colocação e remoção dos mesmos** (tais como **remoção dos mesmos logo após os procedimentos**, **não usar os mesmos equipamentos em doentes diferentes**, a **substituição dos mesmos em técnicas assépticas/limpas e sujas num mesmo doente** e instruir os profissionais e **educar os doentes e as visitas** para a seleção dos equipamentos de proteção individual, a sua colocação e a sua remoção. (DGS, 2007)

É importante também elucidar que o **uso de luvas não altera as indicações para a higiene das mãos e nem substitui a higiene das mãos**. Quando existe a indicação para higiene das mãos e para uso de luvas o profissional deve retirar as luvas e higienizar as mãos. (DGS, 2009) Os

enfermeiros devem ainda **higienizar as mãos após retirar luvas, mesmo que não tenham sido usadas, pois estas podem transportar microrganismos.**

Os enfermeiros devem **usar luvas** aquando de **procedimentos invasivos, contato com locais estéreis, pele não intata, membranas mucosas** e em atividades em que haja **risco de exposição a sangue, fluidos orgânicos, secreções e excreções**. Os diferentes tipos de luvas devem ser usados consoante os procedimentos assépticos ou limpos. (DGS, 2007) As **luvas não concedem proteção total, a flora bacteriana que coloniza os doentes pode ser isolada nas mãos de 30% dos profissionais de saúde que usam luvas no contato com o doente.** (DGS, 2009)

As **máscaras, os respiradores e os óculos de proteção** estão aconselhadas para procedimentos em que haja **risco de produção de salpicos ou aerossóis, secreções ou excreções, sangue e outros fluidos corporais**. Estes devem ser **escolhidos consoante as patologias e o tipo de filtração necessária** para essas patologias. (DGS, 2007)

O uso de **bata/avental** por parte dos profissionais tem como objetivo **proteger os profissionais e os doentes ao minimizar a contaminação do fardamento, vestuário ou pele**. A mesma deve ser limpa, não é necessário ser esterilizada, para a proteção da pele e impedir a contaminação da mesma e da roupa aquando de procedimentos que envolvem risco de salpicos ou aerossóis, sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções. **Após os cuidados a bata deverá ser prontamente removida e de seguida deve higienizar as mãos.**

A colocação e a remoção de EPI tem um **papel fundamental na prevenção e controlo da transmissão da infeção** e têm de obedecer a certas regras.




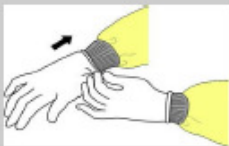
Como colocar o Equipamento de protecção individual	
<p>1</p>  <p>Bata</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar a bata apropriada • Abra pela parte posterior • Vista apertando os atilhos atrás • Se a bata for demasiado pequena, pode vestir duas: <ul style="list-style-type: none"> ○ a 1ª bata ata à frente ○ a 2ª bata ata atrás 	<p>2</p>  <p>Máscara</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar a máscara sobre o nariz, boca e queixo • Ajuste a parte superior ao nariz • Segure à cabeça com os atilhos ou elásticos • Ajuste-a <p>Respirador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar o respirador • Colocar o respirador sobre o nariz, boca e queixo • Ajuste a parte superior ao nariz • Segure à cabeça com os elásticos • Verifique se está bem colocado : <ul style="list-style-type: none"> - Inalar – o respirador deve colapsar - Exalar – verificar se existem fugas de ar em redor da face
<p>3</p>  <p>Protecção ocular/facial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posicionar os óculos sobre os olhos e segura-los nas orelhas ou usar atilhos • Posicione a protecção facial sobre a face e segure-a com os atilhos • Ajuste até que se sinta confortável 	<p>4</p>  <p>Luvas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calçar as luvas no final • Seleccione o tipo e tamanho de luvas adequado • Insira as mãos nas luvas • Puxe as luvas até prender o punho da bata

Figura 3: Como colocar o Equipamento de Protecção Individual. Fonte: DGS, 2007, p.23

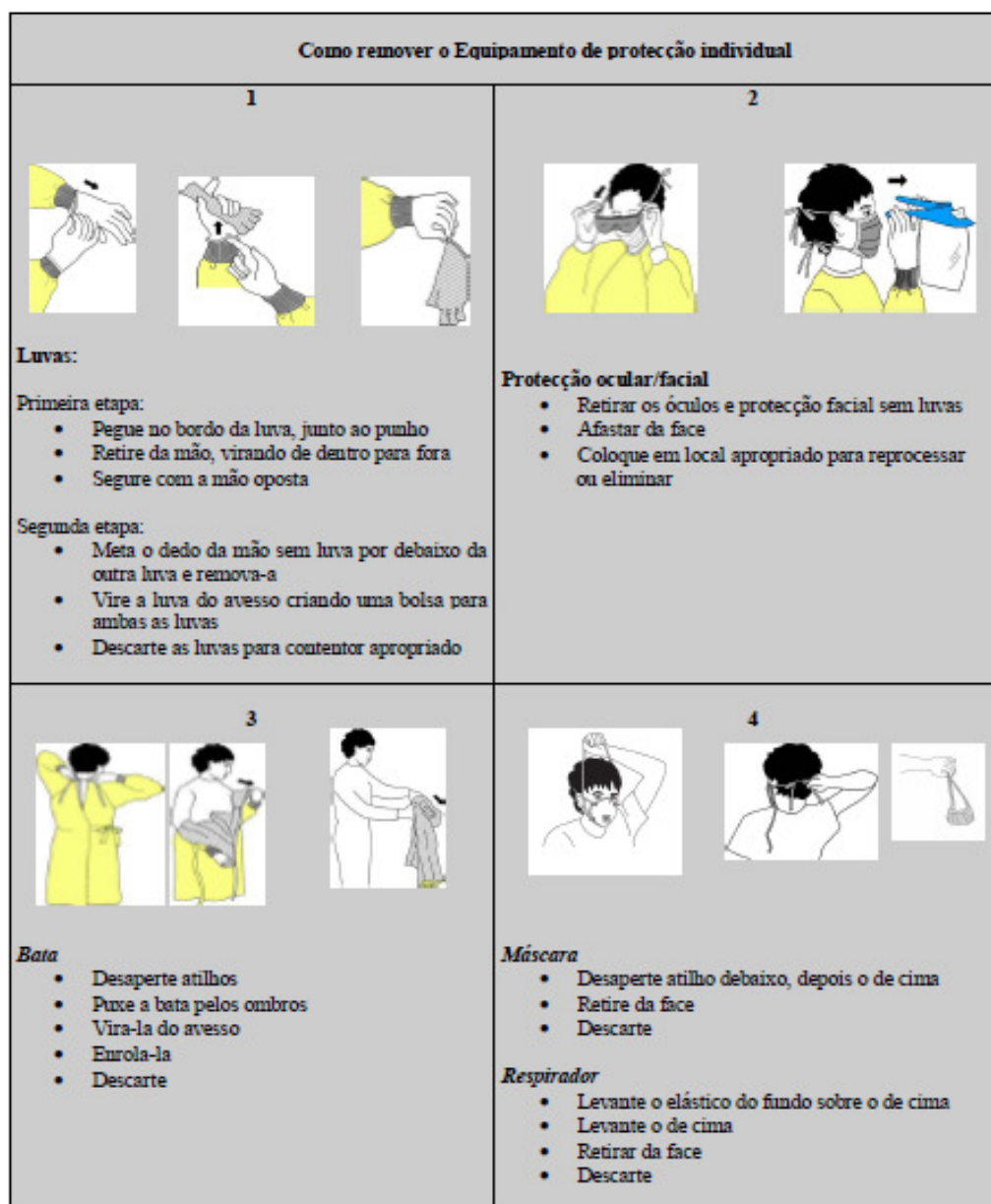


Figura 4: Como remover o Equipamento de Proteção Individual. Fonte: DGS, 2007, p.24

As **Precauções Dependentes das Vias de Transmissão** tem como objetivo orientar os profissionais de saúde na segurança da prestação de cuidados de enfermagem, tendo em conta a cadeia epidemiológica da infeção, as vias de transmissão e as patologias.

As Precauções Dependentes das Vias de Transmissão dividem-se, como mencionado anteriormente, em via aérea, gotículas e contato.

As **precauções de transmissão pela via aérea** usam-se em doentes com infeções suspeitas ou confirmadas por **microrganismos transmitidos por núcleos de partículas com dimensão inferior a 5 µm**, que são transportadas pelo ar. Os núcleos originam-se da evaporação das **gotículas** que **contêm microrganismos e que permanecem suspensas no ar e podem ser transportadas a longas distâncias por correntes de ar**. A transmissão ocorre quando o doente projeta as partículas contendo microrganismos, estas conseguem percorrer distâncias maiores do que as gotículas, através das correntes de ar, podendo ser inaladas por hospedeiros suscetíveis, **no mesmo quarto ou a grande distância da fonte**. O isolamento do doente deve ser feito em **quarto individual** preferencialmente, **com pressão negativa** e a **porta do quarto deve manter-se fechada**. O isolamento do doente por via aérea usa-se em doenças como: **Tuberculose pulmonar, laríngea ou brônquica; Varicela ou sarampo; Herpes Zoster disseminado ou herpes localizado em doentes imunodeprimidos e H1N1**. Neste tipo de isolamento os profissionais devem adotar na prestação de cuidados as medidas das precauções básicas, tais como **bata, touca e luvas** e como medidas específicas o uso de máscara de alta eficiência com capacidade de filtração de 95% das partículas, isto é **Respirador de partículas P2 ou Respirador de partículas P3** no caso de **Mycobacterium tuberculosis multirresistente**.

As **precauções de transmissão por gotículas** destinam-se a doentes com infeção suspeita ou confirmada por microrganismos transmitidos por gotículas, que são **partículas de dimensões superiores a 5 µm** e que **podem ser produzidas pelo doente durante a tosse, o espirro, a fala ou determinados procedimentos de risco geradores de aerossóis**. Dado o seu peso, **estas partículas só conseguem percorrer distâncias normalmente não superiores a 1 m**. A porta do quarto do doente pode permanecer aberta, somente em **caso de pandemia de gripe** se aconselha **manter porta fechada**. Estas medidas de precaução utilizam-se nos casos de infeções por: **Streptococcus grupo A; Gripe (influenza); Meningite por Haemophilus influenzae e Neisseria meningitidis; Parotidite; Tosse convulsa (B. pertussis); Difteria faríngea; Rubéola; Pneumonia (Mycoplasma, Adenovírus)**. Neste tipo de isolamento os profissionais devem adotar na prestação de cuidados as medidas das precauções básicas, tais como **bata, touca e luvas** e como medidas específicas **usar máscara e proteção ocular ou máscara com viseira**, para proteger as membranas mucosas dos olhos, nariz e boca durante procedimentos potencialmente geradores de salpicos de sangue,

fluidos corporais, secreções ou excreções. Deve-se **usar máscara sempre que é necessário estar a menos de um metro do doente** ou quando se executam **procedimentos geradores de gotículas** com maior risco de contaminação.

As **precauções de transmissão por contato** aplicam-se a doentes com suspeita ou confirmação de estarem infetados ou colonizados por microrganismos que podem ser **transmitidos por contato direto** com o doente, como **contato pele-a-pele** ou **através mãos dos profissionais**, ou **por contato indireto**, como **por contato das mãos com as superfícies ou utensílios do ambiente do doente**. Aconselha-se **quarto individual** e **não são necessárias medidas especiais de tratamento do ar nem de ventilação**. As precauções de contato são usadas no caso de **infecções gastrointestinais**, **respiratórias** ou **cutâneas** por **bactérias multi-resistentes**, tais como: *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus coagulase-negativo* resistentes à *Meticilina*; *Enterococcus* resistentes à *Vancomicina*, *aminoglicosídeos* ou *betalactâmicos*; *Bacilos entéricos Gram-negativo* resistentes às *cefalosporinas* de 3ª geração, *aminoglicosídeos* ou *quinolonas* (*Klebsiella*, *Serratia*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Providencia*, *Morganella* e *Citrobacter*); *Pseudomonas aeruginosa* resistente à *Piperacilina*, *Ceftazidima*, *Carbapenemes* ou *Aminoglicosídeos*; *Streptococcus pneumoniae* com níveis altos resistentes à *Penicilina*; *Clostridium difficile*, *Acinetobacter baumannii*. Considera-se também importante o uso destas precauções no caso de **infecções entéricas**, em **doentes incontinentes**, por *Escherichia coli* enterohemorrágica, por *Shigella*, *vírus da hepatite A* ou *Rotavírus*. Deve-se ainda aplicar estas precauções de contacto **em infecções cutâneas altamente contagiosas** ou **que podem ocorrer em pele seca**, incluindo: **abscessos** ou **drenagens de feridas**; *Difteria* cutânea; *vírus herpes simples* (muco-cutâneo e neonatal); *Impetigo*; *Pediculose* e *Escabiose*; *Furunculose estafilocócica* em lactentes ou crianças pequenas; *Herpes zooster* disseminado ou em doentes **imunodeprimidos**; **conjuntivite hemorrágica vírica**; **infecções hemorrágicas víricas** (*Ébola*, *Lassa*, *Marburgo*, etc.). Neste tipo de isolamento os profissionais devem utilizar na prestação de cuidados como medidas específicas **luvas**, **bata** e em **situações de risco potencial** de produção de salpicos ou de “aerossóis”, de secreções ou excreções, sangue, outros fluidos corporais usar **máscara**. Neste tipo de isolamento deve-se ainda ter em conta algumas recomendações no uso de luvas e na higiene mãos. As **luvas devem ser calçadas à estrada do quarto** e devem ser **retiradas antes de sair do quarto** e **higienizar as mãos imediatamente após retirar luvas**. Depois da

higiene das mãos não se deve tocar em nenhum objeto ou superfície potencialmente contaminada. Deve ainda **trocar de luvas após o contato com material infetante** com grandes concentrações de microrganismos como material fecal ou drenado de feridas. (DGS, 2007)

Referências Bibliográficas

Direção Geral de Saúde (2007) Recomendações para as Precauções de Isolamento. Precauções Básicas e Precauções Dependentes das Vias de Transmissão (em revisão) Acedido em 15 de Janeiro de 2014 em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008550.pdf>

Direção Geral de Saúde (2009). Guia de Implementação. Um guia para a implementação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higiene das mãos nas Unidades de Saúde Portuguesas. Acedido em 20 de Junho de 2014 em:

<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013305.zip>

Direção Geral de Saúde (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Acedido em 20 de Junho de 2014 em:

<http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/i013069.pdf>

ANEXO II
Questionário



Questionário

Este questionário foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório Final que integra o Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica a decorrer em parceria pela Universidade do Minho e pela Universidade de Trás os Montes e Alto Douro e tem como principal objectivo sensibilizar os enfermeiros da UCIP para a necessidade de adoção de medidas de controlo e prevenção das IACS, particularmente no que reporta aos doentes internados numa UCI. As informações recolhidas no questionário serão estritamente usadas para fins académicos, os dados como nome de instituição ou nome do participante não constam do mesmo. Será portanto preservado o anonimato e a confidencialidade de qualquer dado recolhido no questionário.

Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐ Idade: _____ Tempo de experiência profissional (em anos) _____

Categoria Profissional: Enfermeiro ☐ Enfermeiro Graduado ☐ Enfermeiro Especialista ☐

Habilitações literárias: Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

Quando foi a última formação que teve acerca de medidas de prevenção e controlo de infeção hospitalar?

0-1 ano ☐ 1-2 anos ☐ 2-3 anos ☐ 3-4 anos ☐ mais de 4 anos ☐

Qual foi a taxa global de prevalência de infeção hospitalar, no ano de 2012, em Portugal?

- ☐ 8,2%
- ☐ 10,6%
- ☐ 12,4%

Qual foi a taxa global de prevalência de infeção hospitalar, no ano de 2012, neste hospital?

- ☐ 6,8%
- ☐ 8,6%



☐ 10,4%

Em Portugal, estatisticamente, um em cada seis doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos pode vir a contrair uma infeção hospitalar?

Verdadeiro ☐ Falso ☐

As infeções hospitalares mais frequentes em Portugal são as infeções das vias urinárias seguidas das infeções das vias respiratórias.

Verdadeiro ☐ Falso ☐

Usa sempre luvas na prestação de cuidados ao doente ou contacto com os seus pertences?

Sim ☐ Não ☐ Às vezes ☐

É necessário o uso de luvas em todas as medicações que administra ao doente?

Não ☐ Apenas medicações injetáveis ☐ Sim ☐

É necessária a troca de luvas de doente para doente quando despeja os debitómetros de urina?

Não ☐ Apenas se o doente tiver em isolamento de contacto ☐ Sim ☐

Só é necessário o uso de luvas no contacto com a unidade do doente se este estiver infetado?

Sim ☐ Não ☐

Substitui as luvas a cada procedimento no mesmo doente?

Sim ☐ Não ☐ Apenas quando necessário ☐

Toca com as luvas, após o contacto com um doente, no computador da unidade do doente?

Às vezes ☐ Sempre ☐ Apenas quando é necessário ☐ Não ☐

Quando executa os pensos a cateteres usa luvas esterilizadas?

Sim ☐ Não ☐ Apenas quando é necessário ☐



Lava sempre as mãos antes de prestar cuidados aos doentes?

Sim ☐ Não ☐ Às vezes ☐

Lava sempre as mãos depois de prestar cuidados aos doentes?

Sim ☐ Não ☐ Às vezes ☐

É necessário lavar as mãos depois de retirar as luvas.

Sim ☐ Não ☐ Às vezes ☐ Só em doentes em isolamento ☐

Lava as mãos após risco de exposição a fluidos corporais?

Sim ☐ Não ☐ Às vezes ☐

Lava sempre as mãos antes de procedimentos assépticos?

Sim ☐ Não ☐ Às vezes ☐

Lava sempre as mãos após contacto com o ambiente envolvente do doente?

Sim ☐ Não ☐ Às vezes ☐

Lava sempre as mãos antes da manipulação de medicamentos?

Sim ☐ Não ☐ Às vezes ☐

Lava sempre as mãos de doente para doente, mesmo que tenha usado luvas?

Sim ☐ Às vezes ☐ Quase sempre ☐ Não ☐

Só é considerado surto de *Acinetobacter baumannii* multi-resistente caso num mesmo período surjam três ou mais casos.

Verdadeiro ☐ Falso ☐



Caso surja um surto de *Acinetobacter baumannii* multi-resistente deve-se proceder à colheita de secreções, urina, exsudados locais de inserção de cateteres ou drenos, pele e mucosas e perineal de todos os doentes internados no serviço?

Verdadeiro ☐ Falso ☐

O *Staphylococcus aureus* é adquirido principalmente no contacto direto ou por via de equipamentos ou dispositivos médicos?

Verdadeiro ☐ Falso ☐

A *Staphylococcus aureus* é uma bactéria presente na pele e mucosas de pessoas saudáveis?

Verdadeiro ☐ Falso ☐

O *Acinetobacter baumannii* pode facilmente ser encontrado como colonizador da pele, da orofaringe e do trato digestivo em indivíduos saudáveis dentro do ambiente hospitalar?

Verdadeiro ☐ Falso ☐

Os *Enterococcus* fazem parte da flora do trato gastrointestinal e também podem colonizar a mucosa oral, o sistema genito-urinário e a pele?

Verdadeiro ☐ Falso ☐

A *Escherichia coli* é uma bactéria que vive habitualmente no intestino dos mamíferos?

Verdadeiro ☐ Falso ☐

A *Pseudomonas aeruginosa* é uma bactéria Gram-negativa que serve-se de reservatório de equipamentos e materiais hospitalares, como equipamentos de ventilação assistida ou fluidos de administração endovenosa.

Verdadeiro ☐ Falso ☐



Na prestação de cuidados a um doente com *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina sele-
cione com um x as medidas de proteção que deve usar:

- ☐ bata
- ☐ avental
- ☐ luvas
- ☐ máscara cirúrgica
- ☐ máscara com viseira
- ☐ respirador de partículas

Na prestação de cuidados a um doente com *Acinetobacter baumannii* seleccione com um x as
medidas de proteção que deve usar:

- ☐ bata
- ☐ avental
- ☐ luvas
- ☐ máscara cirúrgica
- ☐ máscara com viseira
- ☐ respirador de partículas

Na prestação de cuidados a um doente com *Pseudomonas aeruginosa* seleccione com um x as
medidas de proteção que deve usar:

- ☐ bata
- ☐ avental
- ☐ luvas
- ☐ máscara cirúrgica
- ☐ máscara com viseira
- ☐ respirador de partículas



Na prestação de cuidados a um doente com gripe A selecione com um x as medidas de proteção que deve usar:

- ☐ bata
- ☐ avental
- ☐ luvas
- ☐ máscara cirúrgica
- ☐ máscara com viseira
- ☐ respirador de partículas

Quais são as estratégias que acha necessário implementar para diminuir o risco de transmissão cruzada de infeção, de modo a prevenir as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde?

Obrigado pela sua participação

ANEXO III

Parecer da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde



Universidade do Minho

SECVS

Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde

Identificação do documento: SECVS – 057/2014

Título do projeto: *Controlo e minimização da infeção hospitalar numa Unidade de Cuidados Intensivos*

Investigador(a) responsável: Doutora Isabel Lage, da Escola Superior de Enfermagem, da Universidade do Minho, Doutora Fátima Braga, da Escola Superior de Enfermagem, da Universidade do Minho, e Lilliana Patrícia Martins da Rocha, aluna do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real e da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Subunidade orgânica: Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho

Outras Unidades: Unidade de Cuidados Intensivos , Hospital de

PARECER

A Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS) analisou o processo relativo ao projeto intitulado "*Controlo e minimização da infeção hospitalar numa Unidade de Cuidados Intensivos*".

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos, em conformidade com o Guião para submissão de processos a apreciar pela Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde.

Face ao exposto, a SECVS nada tem a opor à realização do projeto.

Braga, 23 de junho de 2014.

A Presidente

(Maria Cecília de Lemos Pinto Estrela Leão)

ANEXO IV

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL

Nos termos dos **Nº 1 e 6** do Artigo 16º da Lei Nº 21/2014, de 16 de Abril, a CESH: emite o seguinte parecer sobre o projeto *Controlo e Minimização da Infecção Hospitalar numa Unidade de Cuidados Intensivos*, que tem como Investigadora Principal Lilliana Patrícia Martins da Rocha, como Orientadores a Professora Fátima Braga, e irá decorrer na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCI) ; deste Hospital:

- a) Segundo o Relatório da Prevalência de Infecção Adquirida no Hospital (2012), a taxa global de prevalência de Infecção Hospitalar foi de 10,6%; a prevalência de Infecção Hospitalar foi mais elevada nas Unidades de Cuidados Intensivos (24,5%); o estudo visa identificar as práticas dos enfermeiros na utilização de Equipamentos de Proteção Individuais nos cuidados aos doentes em isolamento internados numa UCIP e na utilização de medidas de prevenção na transmissão de infeção; a sua conceção é adequada para atingir esse objetivo;
- b) Os benefícios do estudo decorrem do seu intuito de promover a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos; realizar uma atividade formativa aos enfermeiros da UCIP em função dos resultados obtidos e realizar a avaliação da atividade formativa realizada aos enfermeiros da UCIP; não existem riscos previsíveis, por se tratar de um estudo observacional;
- c) O protocolo prevê que a colheita de dados será realizada através de questionário aplicado a todos os Enfermeiros da UCIP, considerando-se adequado para atingir os seus objetivos e inclui plano de divulgação do estudo; é garantida a confidencialidade dos dados obtidos;
- d) O investigador principal, e único, possui as aptidões necessárias à realização do estudo;
- e) Existem condições materiais e humanas necessárias à realização do estudo clínico;
- f) O estudo não envolve custos nem financiamento;
- g) A população definida para este estudo será constituída apenas pelos enfermeiros da UCIP;
- h) Não existem situações de conflito de interesses;
- i) Não haverá acompanhamento clínico dos participantes após a conclusão do estudo clínico, nem o mesmo se justifica, porque aquele basear-se-á numa entrevista a enfermeiros do serviço;
- j) O procedimento de obtenção do consentimento informado, incluindo as informações a prestar aos participantes, é adequado.

Concluindo, a CESH nada tem a opor à realização do presente estudo.

LINEAR I, ou Centro de Cidades, ou Cidades
Portuguesas, ou Associação Quilada de Cidades,
ou MATOS MARQUES, givenName=ANTÔNIO JOSÉ,
serialNumber=B03F132911, cn=ANTÔNIO JOSÉ MATOS
MARQUES

Emitido na reunião plenária da CESI em 22 de julho 2014

ANEXO V

Pedido de Autorização ao Diretor da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital

Exmo. Sr. Diretor da
Unidade de Cuidados Intensivos
Polivalentes do Hospital

Assunto: Pedido de Autorização para realização de investigação

Eu, Liliana Patrícia Martins da Rocha, aluna do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em parceria com a Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro, a realizar estágio na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Lage e a coorientação da Professora Fátima Braga, venho por este meio solicitar a vossa Excelência a autorização para a recolha de dados para fins académicos tendo como propósito desenvolver um projeto denominado "Controlo e Minimização da Infecção Hospitalar numa Unidade de Cuidados Intensivos". Os dados recolhidos são confidenciais e serão estritamente usados para fins académicos, os dados como nome de instituição ou nome dos participantes não constam do projeto preservando desta forma o anonimato dos mesmos.

Com os melhores cumprimentos,

Liliana Patrícia Martins da Rocha
(Liliana Patrícia Martins da Rocha)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a confidencialidade e anonimato dos dados fornecidos, que apenas serão utilizados para fins académicos. Desta forma, eu, abaixo-assinado, autorizo a realização do projeto intitulado "Controlo e Minimização da Infecção Hospitalar numa Unidade de Cuidados Intensivos".

3/6/2014

(Dr. .)

UCIP - UNIDADE DE CUIDADOS
INTENSIVOS
Diretor

ANEXO VI

Pedido de Autorização à Enfª Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos

Exma. Sr.^a Enfermeira Chefe da
Unidade de Cuidados Intensivos
Polivalentes do Hospital

Assunto: Pedido de Autorização para realização de investigação

Fu, Liliana Patrícia Martins da Rocha, aluna do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em parceria com a Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro, a realizar estágio na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital sob a orientação da Professora Doutora Isabel Lage e a coorientação da Professora Fátima Braga, venho por este meio solicitar a vossa Excelência a autorização para a recolha de dados para fins de investigação tendo como propósito desenvolver um projeto denominado "Controlo e Minimização da Infecção Hospitalar numa Unidade de Cuidados Intensivos".

Os dados recolhidos são confidenciais e serão estritamente usados para fins académicos e estatísticos, os dados como nome de instituição ou nome dos participantes não constam do projeto preservando desta forma o anonimato dos mesmos.

Com os melhores cumprimentos,

Liliana Patrícia Martins da Rocha
(Liliana Patrícia Martins da Rocha)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a confidencialidade e anonimato dos dados fornecidos, que apenas serão utilizados para fins académicos. Desta forma, eu, abaixo-assinado, autorizo a realização do projeto intitulado "Controlo e Minimização da Infecção Hospitalar numa Unidade de Cuidados Intensivos".

()

ANEXO VII

Consentimento Informado Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Eu, Liliana Patrícia Martins da Rocha, aluna do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em parceria com a Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro, venho por este meio solicitar a sua colaboração, a fim de efetuar recolha de dados para a realização de um Projeto de Intervenção em Serviço sobre “Controlo e Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde numa Unidade de Cuidados Intensivos”.

A Unidade de Cuidados Intensivos é uma área diferenciada e multidisciplinar, onde se prestam cuidados a doentes em que uma ou mais funções vitais estão em falência ou risco de falência, necessitando de uma vigilância contínua e intensiva. Nestas unidades de cuidados a rápida evolução tecnológica e científica, exemplo desta a monitorização invasiva contribuiu para o alto risco de infeção. A Organização Mundial de Saúde (2007) revela que cerca de um terço das infeções adquiridas durante a prestação de cuidados é evitável. Também segundo a Organização Mundial de Saúde (2007) os doentes internados numa Unidade de Cuidados Intensivos têm um risco acrescido de adquirir uma Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.

Neste âmbito, uma das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica é maximizar a sua intervenção na “prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.” (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro)

As informações recolhidas no questionário serão estritamente usadas para fins académicos, os dados como nome de instituição ou nome do participante não constam do mesmo. Será portanto preservado o anonimato e a confidencialidade de qualquer dado recolhido no questionário.

Em qualquer momento do estudo é livre para abandonar o mesmo, a sua participação neste é voluntária e tem toda a liberdade de recusar ou de abandonar a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer inconveniente quer seja a nível pessoal, quer seja a nível profissional.

Se tiver alguma dúvida, por favor não hesite em contactar-me. (Liliana Patrícia Martins da Rocha, investigadora principal do estudo e aluna de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em parceria com a Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro. Pode contactar-me através dos seguintes contactos: e-mail – lilianapmrocha@hotmail.com ou telemóvel – 937659394).

Muito obrigada pela sua colaboração,

Liliana Patrícia Martins da Rocha

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR DUAS PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA E A OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Anexo VIII

Cronograma

CRONOGRAMA

Atividades	Março 2014	Abril 2014	Maio 2014	Junho 2014	Julho 2014	Agosto 2014	Setem- bro 2014	Outu- bro 2014	Novem- bro 2014	Dezem- bro 2014	Janeiro 2015	Fevereiro 2015	Março 2015	Abril 2015	Maio 2015	Junho 2015	Julho 2015	Agosto 2015	Setembro 2015	Outubro 2015
Pesquisabibliográfica																				
Diagnóstico de situação																				
Planeamento do Projeto de Intervenção em Serviço																				
Execução do Projeto de Inter- venção em Serviço																				
Análise de resultados do Projeto de Intervenção em Serviço																				
Reflexãoocríticacompetênciasad- quiridas																				
Licença de Maternidade																				
Entrega de relatório																				

ANEXO IX

PowerPoint da Atividade Formativa



Controlo e Minimização da Infeção Hospitalar numa Unidade de Cuidados Intensivos

As práticas dos enfermeiros no controlo e
minimização da Infeção Hospitalar numa
Unidade de Cuidados Intensivos

terça-feira, 30 de Setembro de 2014

Liliana Rocha

1



OBJETIVOS



- Aprofundar conhecimentos na prevenção e transmissão de infeção:
 - na higienização das mãos;
 - no uso de Equipamentos de Proteção Individual;
 - nos diferentes tipos de isolamento.

terça-feira, 30 de Setembro de 2014

Liliana Rocha

2



INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS SAÚDE (IACS)



- A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde é, segundo a DGS (2007a, p. 4), “ (...) *uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.*”
- As principais medidas de prevenção e controlo das IACS assentam não só no cumprimento das boas práticas: precauções básicas (higiene mãos, equipamentos de proteção individual, controlo ambiental, entre outras) e isolamento, assim como no uso racional de antimicrobianos. (Pina, E. *et al*, 2010, p. 27)

terça-feira, 30 de Setembro de 2014

Liliana Rocha

3



INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS SAÚDE (IACS)



Quais as consequências?

- Causa significativa do agravamento do estado de saúde dos doentes;
- Causa de morbilidade e mortalidade;
- Aumento do tempo de internamento;
- Elevados custos económicos para as instituições e família.
- Compromete a qualidade dos cuidados prestados.

terça-feira, 30 de Setembro de 2014

Liliana Rocha

4



INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS SAÚDE (IACS)



- Em Portugal, a taxa de infeção hospitalar tem vindo a aumentar nos últimos anos. A taxa global de prevalência em Portugal foi de:
 - 2003 – 8,7%;
 - 2009 – 9,8%;
 - 2012 – 10,6%.
- A prevalência da IACS é mais elevada nas Unidades de Cuidados Intensivos. (24,5%)
- As Infeções Hospitalares mais frequentes são as infeções das vias respiratórias com 29,3%; seguidas da infeção das vias urinárias com 21,1%; posteriormente as infeções do local cirúrgico com 18% e por último as infeções nosocomiais da corrente sanguínea com 8,1%. (DGS, 2013, p. 4)

terça-feira, 30 de Setembro de 2014

Liliana Rocha

5



PRECAUÇÕES BÁSICAS OU PADRÃO



As Precauções Básicas estão relacionadas com:

- Higienização das mãos;
- Uso racional dos equipamentos de proteção individual, adaptados aos procedimentos;
- Colocação dos doentes em Isolamento;
- Controlo ambiental: ambiente, material, resíduos, roupas, alimentação, desinfestação, transporte de doentes;
- Prevenção dos acidentes por picada ou corte, encaminhamento e programa de vacinação. (DGS, 2007b, p. 11)

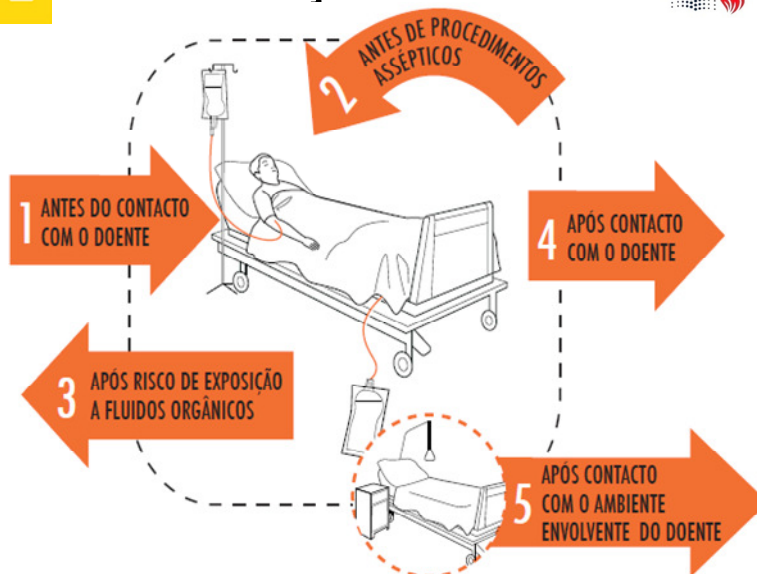
terça-feira, 30 de Setembro de 2014

Liliana Rocha

6



HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



terça-feira, 30 de Setembro de 2014

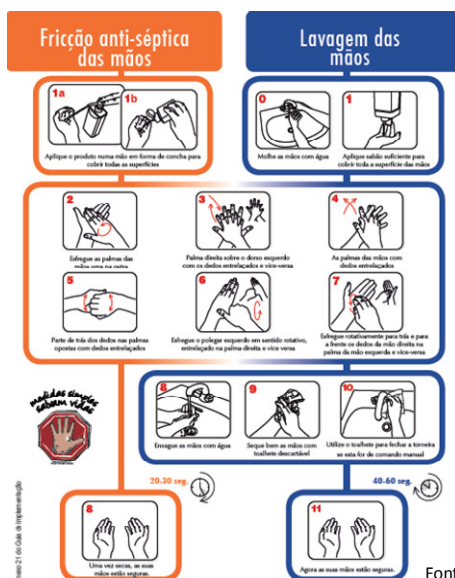
Liliana Rocha

Fonte: DGS, 2009, p. 89

7



HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



terça-feira, 30 de Setembro de 2014

Liliana Rocha

Fonte: DGS, 2009, p. 94

8



EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI'S)



Luvas:

- **Luvas limpas, não esterilizadas** (proteção para os enfermeiros e para os doentes)
- **Luvas esterilizadas** (procedimentos assépticos) (DGS, 2007b, p.18)

terça-feira, 30 de Setembro de 2014

Liliana Rocha

9



EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI'S)



Máscaras e proteção dos olhos e face:

- Máscara cirúrgica
- Máscara com viseira
- Respirador de Partículas
- Óculos



Fonte: DGS, 2007b, p. 21

terça-feira, 30 de Setembro de 2014

Liliana Rocha

10



EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI'S)



- Bata
- Avental
- Touca

Fonte: DGS, 2007b, pp. 21-22

terça-feira, 30 de Setembro de 2014

Liliana Rocha

11



Como colocar o Equipamento de protecção individual	
<div><p>Bata</p><ul style="list-style-type: none">• Seleccionar a bata apropriada• Abra pela parte posterior• Vista apertando os atilhos atrás• Se a bata for demasiado pequena, pode vestir duas:<ul style="list-style-type: none">o a 1ª bata até à frenteo a 2ª bata até atrás</div>	<div><p>Máscara</p><ul style="list-style-type: none">• Colocar a máscara sobre o nariz, boca e queixo• Ajuste a parte superior ao nariz• Segure à cabeça com os atilhos ou elásticos• Ajuste-a<p>Respirador</p><ul style="list-style-type: none">• Seleccione o respirador• Colocar o respirador sobre o nariz, boca e queixo• Ajuste a parte superior ao nariz• Segure à cabeça com os elásticos• Verifique se está bem colocado:<ul style="list-style-type: none">- Inalar – o respirador deve colapsar- Exalar – verificar se existem fugas de ar em redor da face</div>
<div><p>Protecção ocular/facial</p><ul style="list-style-type: none">• Posicionar os óculos sobre os olhos e segura-los nas orelhas ou usar atilhos• Posicione a protecção facial sobre a face e segure-a com os atilhos• Ajuste até que se sinta confortável</div>	<div><p>Luvas</p><ul style="list-style-type: none">• Calçar as luvas no final• Seleccione o tipo e tamanho de luvas adequado• Insira as mãos nas luvas• Puxe as luvas até prender o punho da bata</div>

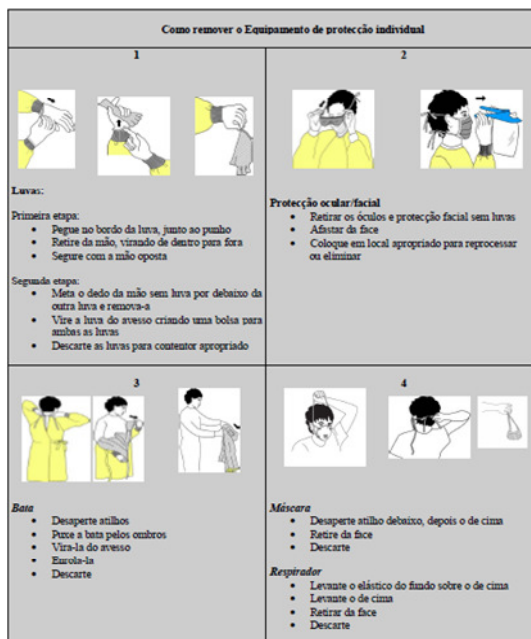


Fonte: DGS, 2007b, p.23

terça-feira, 30 de Setembro de 2014

Liliana Rocha

12



terça-feira, 30 de Setembro de 2014

Liliana Rocha

Fonte: DGS, 2007b, p.24

13



VIAS DE TRANSMISSÃO



- Contato
- Gotículas
- Via aérea

(DGS, 2007b, p. 30)

terça-feira, 30 de Setembro de 2014

Liliana Rocha

14



PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR CONTATO



- Utilizadas em todos os doentes com suspeita ou confirmação de estarem infectados ou colonizados por microrganismos:
- Transmissão por contacto **direto** com o doente (pele-a-pele, através das mãos dos profissionais de saúde) ou
- Transmissão por contacto **indireto**, por contacto das mãos com as superfícies ou utensílios do ambiente do doente. (DGS, 2007b, p. 40)

terça-feira, 30 de Setembro de 2014

Liliana Rocha

15



PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR CONTATO



Usadas em caso de infeções gastrointestinais, respiratórias ou cutâneas por bactérias multi-resistentes, tais como:

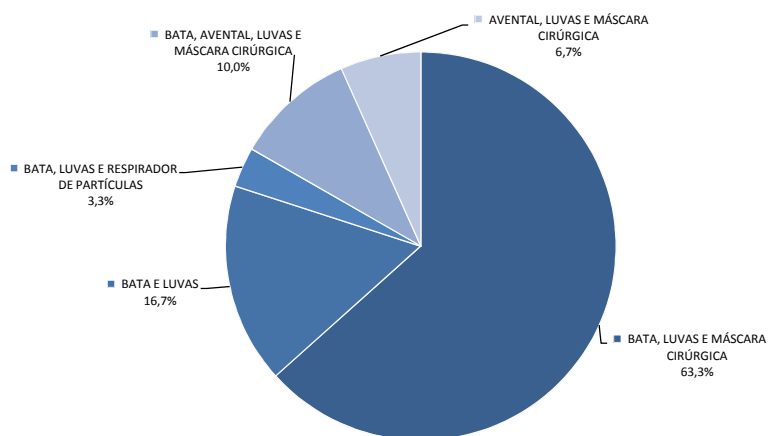
- ***Staphylococcus aureus* (MRSA) e *Staphylococcus coagulase-negativo* resistentes à Meticilina;**
- ***Enterococcus* resistentes à Vancomicina (EVR), aminoglicosídeos ou betalactâmicos;**
- **Bacilos entéricos Gram-negativo resistentes às cefalosporinas de 3ª geração, aminoglicosídeos ou quinolonas (*Klebsiella*, *Serratia*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Providencia*, *Morganella* e *Citrobacter*);**
- ***Pseudomonas aeruginosa* resistente à Piperacilina, Ceftazidima, Carbapenemes ou Aminoglicosídeos;**
- ***Streptococcus pneumoniae* com níveis altos resistentes à Penicilina;**
- ***Clostridium difficile*; (DGS, 2007b, p. 40)**
- ***Acinetobacter baumannii*.**

terça-feira, 30 de Setembro de 2014

Liliana Rocha

16

Na prestação de cuidados a um doente com *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina seleccione com um x as medidas de proteção que deve usar.

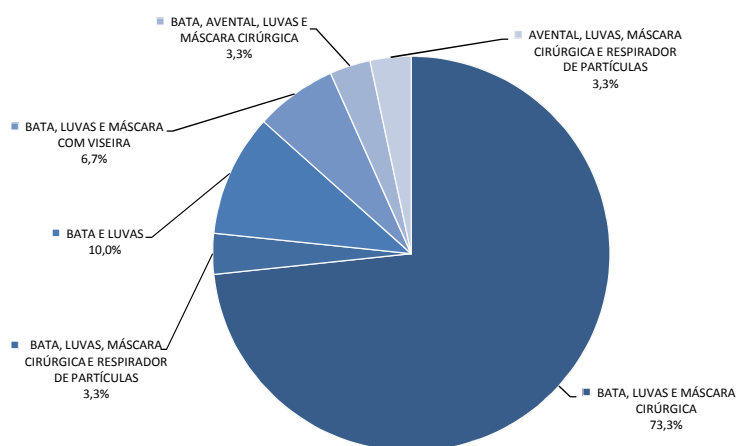


terça-feira, 27 de Outubro de 2015

Liliana Rocha

17

Na prestação de cuidados a um doente com *Acinetobacter baumannii* seleccione com um x as medidas de proteção que deve usar.



terça-feira, 27 de Outubro de 2015

Liliana Rocha

18



PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR CONTATO



Equipamento de Proteção Individual:

- Bata;
- Touca;
- Luvas;
- Máscara;

(DGS, 2007b, p. 41)

terça-feira, 27 de Outubro de 2015

Liliana Rocha

19



PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR GOTÍCULAS



- Dado o seu peso, estas partículas só conseguem percorrer distâncias normalmente não superiores a 1 m;
- A porta do quarto do doente pode permanecer aberta, somente em caso de pandemia de gripe se aconselha manter porta fechada. (DGS, 2007b, p. 37)

terça-feira, 27 de Outubro de 2015

Liliana Rocha

20



PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR GOTÍCULAS



Aplicam-se nos casos de infeções por:

- **Estreptococos grupo A;**
- **Gripe (influenza);**
- **Meningite por *Haemophilus influenzae* e *Neisseria meningitidis*;**
- **Parotidite;**
- **Tosse convulsa (*B. pertussis*);**
- **Difteria faríngea;**
- **Rubéola;**
- **Pneumonia (*Mycoplasma*, *Adenovírus*). (DGS, 2007b, p. 37)**

terça-feira, 27 de Outubro de 2015

Liliana Rocha

21



PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR GOTÍCULAS



Equipamento de Proteção Individual:

- Bata
- Touca
- Luvas
- Máscara com viseira

(DGS, 2007b, p. 38)

terça-feira, 27 de Outubro de 2015

Liliana Rocha

22



PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR VIA AÉREA



- Transmissão através de partículas que conseguem percorrer distâncias maiores do que as gotículas, através das correntes de ar, podendo ser inaladas por hospedeiros susceptíveis, no mesmo quarto ou a grande distância da fonte;
- É necessário que o isolamento do doente seja feito em quarto individual preferencialmente, com pressão negativa e a porta do quarto deve manter-se fechada. (DGS, 2007b, p. 31)

terça-feira, 27 de Outubro de 2015

Liliana Rocha

23



PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR VIA AÉREA



Este isolamento aplica-se em doenças, tais como:

- **Tuberculose pulmonar, laríngea ou brônquica;**
- **Varicela ou sarampo;**
- **Herpes Zooster disseminado ou herpes localizado em doentes imunodeprimidos;**
- **H1N1**

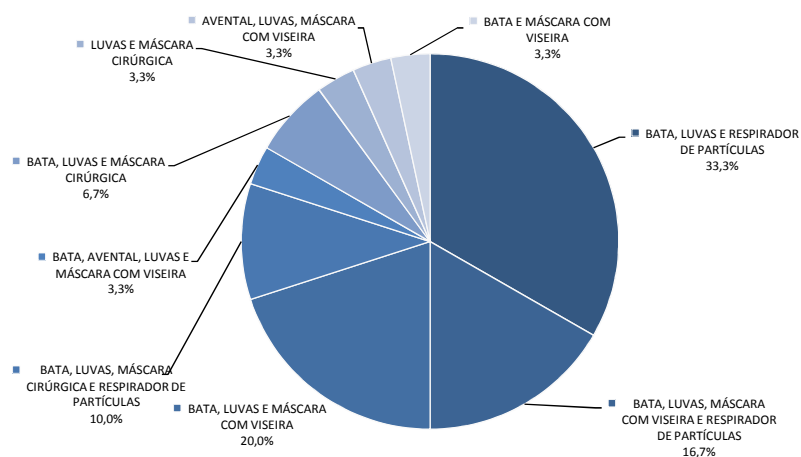
(DGS, 2007b, p. 31)

terça-feira, 27 de Outubro de 2015

Liliana Rocha

24

Na prestação de cuidados a um doente com Gripe A seleccione com um x as medidas de protecção que deve usar.



terça-feira, 27 de Outubro de 2015

Liliana Rocha

25



PRECAUÇÕES DE TRANSMISSÃO POR VIA AÉREA



Equipamento de Protecção Individual:

- Bata
- Touca
- Luvas
- Respirador de partículas P2 ou
- Respirador de partículas P3 (*Mycobacterium tuberculosis* multirresistente)

(DGS, 2007b, p. 32)

terça-feira, 27 de Outubro de 2015

Liliana Rocha

26



ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR O RISCO DE TRANSMISSÃO CRUZADA DE INFECÇÃO



- 11 enfermeiros - formação para enfermeiros;
- 5 enfermeiros - assertividade no uso de EPI'S;
- 5 enfermeiros - lavar as mãos nos 5 momentos;
- 4 enfermeiros - aumentar o rácio de enfermeiros;
- 3 enfermeiros - aumentar o rácio de assistentes operacionais;
- 2 enfermeiros - formação para médicos internos;
- 2 enfermeiros - cumprir as normas e protocolos;
- 1 enfermeiro - identificação e informação de doentes infetados;
- 1 enfermeiro - posters de sensibilização aos profissionais;
- 1 enfermeiro - respeitar os tempos de desinfeção da unidade do doente;
- 1 enfermeiro - aumentar o rácio de enfermeiros em caso de surto;
- 1 enfermeiro - não desconetar o debitómetro quando doente sai para exames;
- 1 enfermeiro - disponibilizar material de proteção em cada unidade do doente;
- 1 enfermeiro - supervisão de enfermeiros na prestação de cuidados;
- 1 enfermeiro - isolamento de procedimentos;
- 1 enfermeiro – necessidade de dois enfermeiros para trocar sistemas de perfusão;
- 1 enfermeiro - supervisão de médicos na prestação de cuidados.

terça-feira, 27 de Outubro de 2015

Liliana Rocha

27



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- DGS (2007a). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. p. 4. Acedido em 15 de Janeiro de 2014 em: <http://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/ficheiros-de-upload/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao-pdf.aspx>
- DGS (2007b) Recomendações para as Precauções de Isolamento. Precauções Básicas e Precauções Dependentes das Vias de Transmissão (em revisão) pp: 11 a 41. Acedido em 15 de Janeiro de 2014 em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008550.pdf>
- DGS (2009). Guia de Implementação. Um guia para a implementação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higiene das mãos nas Unidades de Saúde Portuguesas. pp. 89 e 94. Acedido em 20 de Junho de 2014 em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013305.zip>
- DGS (2013) Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital e do uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses. P. 4. Acedido em 15 de Janeiro de 2014 em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i019020.pdf>
- Pina, E. *et al* (2010) Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública Volume 10, pág 27. Acedido em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/4-Infeccoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%20do%20doente.pdf>
- Protocolos da unidade de cuidados intensivos

terça-feira, 27 de Outubro de 2015

Liliana Rocha

28

ANEXO X

Questionário de avaliação de satisfação de formação

Questionário de avaliação de Satisfação da Formação

I. Acção de Formação																							
Curso:		Data de início	Data de fim																				
Módulo (quando aplicável):																							
Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 4 (assinalando com um X), sendo que: Discordo Totalmente * 2 - Discordo * 3 - Concordo * 4 - Concordo Totalmente																							
II. Avaliação Global																							
	1	2	3	4																			
1. Os objectivos da formação foram claros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
2. Os conteúdos foram adequados aos objectivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
3. A relação entre a apresentação e a prática é possível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
4. A duração da acção / formação foi adequada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
5. O relacionamento entre os participantes foi positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
6. As instalações foram adequadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
7. Os meios audiovisuais foram adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
8. Justifica-se a pertinência da formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
9. O apoio administrativo e técnico pedagógico foi o adequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
III. Avaliação do Impacto da Formação																							
	1	2	3	4																			
1. Esta acção de formação permitiu adquirir novos conhecimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
2. Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
3. Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
4. Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir para o meu desenvolvimento profissional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
IV. Avaliação dos Formadores																							
Coloque um X no nº que melhor corresponde à sua avaliação																							
Formadores:																							
1. O formador revelou dominar o assunto	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </table>							1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1				2	3	4																	
1				2	3	4																	
1	2	3	4																				
1	2	3	4																				
2. A metodologia utilizada foi adequada																							
3. A exposição dos assuntos foi clara																							
4. A relação estabelecida com os formandos foi positiva																							
V. Sugestões/Críticas																							
1. O que considerou mais útil na formação:																							
2. Que temas gostaria de ver mais desenvolvidos:																							
3. Sugestões de melhoria:																							
VI. Grupo Profissional																							
Médico (a)	<input type="checkbox"/>	Enfermeiro (a)	<input type="checkbox"/>																				
Nome (facultativo):		Data: ____/____/____																					